Nr. 18. 29. kwietnia 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. p. Włodzimierz Bechteriew.

Dnia 20 stycznia 1857 roku w miasteczku Seralach, g. Wiatskiej, w rodzinie drobnego kancelisty urodził się przyszły wielki uczony rosyjski Włodzimierz Bechteriew. Jego lata dziecięce i pierwsze lata szkolne upłynęły w warunkach życia wiejskiego.

W dziewiątym roku życia wstąpił on do gimnazjum w Wiatce, które ukończył w 1872 roku. Mając lat 16 wstąpił do Medyko-Chirurgicznej Akademji w Petersburgu (przemianowanej później na Wojskową Akademję Lekarską), gdzie go odrazu zainteresowały nauki, odznaczające się ścisłością metod, jak fizjologja lub te, do których stosowano fizykalne metody badania, naprzykład okulistyka. Najbardziej jednak interesuje on się chorobami nerwowemi i psychicznemi.

Neurologja interesowała go wobec stosunkowo ścisłej tak zwanej topicznej swej diagnostyki, której postępy jednak wówczas ograniczały się prawie wyłącznie do chorób rdzenia, nie dotyczyły mózgowia, nauka bowiem i studja o tak zwanych lokalizacjach w mózgu były zaledwie w zaczątku. To było powodem, że już na ławie uczelni wyższej u młodego Bechteriewa powstaje śmiała i porywająca myśl dążenia i pracy w tym kierunku, iżby można było również ściśle lokalizować choroby i w mózgu.

Choroby psychiczne pociągały myśl Bechteriewa, badając bowiem je, badało się jaźń ludzką, ludzką osobowość w jej prawidłowych jak zarówno i chorobowych przejawach. Widzimy więc, że jeszcze tak bardzo młody Bechteriew zupełnie wyraźnie wykreślił był sobie drogę, którą miał iść i z której istotnie niezszedł nigdy.

W roku 1878, licząc zaledwie 21 rok życia, Bechteriew ukończył studja lekarskie w Akademji z odznaczeniem, był nagrodzony premją i został przy Akademji z zaliczeniem do tak zwanego profesorskiego instytutu, t. j. do tej kategorji młodych lekarzy, którym Akademja pomagała w dalszych ich studjach dla uzupełnienia wiedzy w tej, lub innej specjalności, i którzy później stawali się profesorami nietylko w Akademji, ale i na innych uniwersytetach.

Wówczas rozpoczyna Bechtierew pracę w Klinice chorób nerwowych i psychicznych, pod kierownictwem naszego rodaka profesora Jana Mierzejewskiego, który był swego czasu uczniem Prof. Jana Balińskiego twórcy pierwszej katedry psychjatrji w Rosji, również polaka.

Na wiosnę 1881 roku Bechteriew ogłosił dysertację doktorską p. t.: „Wyniki badania klinicznego ciepłoty w niektórych postaciach chorób psychicznych", a w jesieni tegoż roku po 2 próbnych wykładach został uznany przez Konferencję Akademji Lekarskiej, jako Docent neurologji i psychjatrji.

Niezwłocznie po ukończeniu Akademji młody Bechteriew zaczyna realizować swoje wielkie plany pracy naukowej i nakreśla sobie cele, jako ostateczne tego planu wyniki.

Drogę swoich studjów naukowych widział on w badaniu budowy mózgu z jednej strony i jego czynności z drugiej, co mogłoby dać możność wyświetlenia struktury prawidłowej osobowości ludzkiej i mechanizmu tego wszystkiego, co kieruje przejawami naszej jaźni w świecie otaczającym nas, dając jednocześnie niezawodne podstawy dla neurologji i psychjatrji.

Równocześnie z pracą kliniczną, wynikiem której była wspomniana wyżej praca doktorska, wykonał on szereg prac z zakresu anatomji i fizjologji mózgu (40 prac do wiosny 1889 r.). Na wiosnę tegoż 1884 roku jedzie za granicę, gdzie spędza prawie 1½ roku.

Pracuje u Flechsig'a w Lipsku, studjując metody badania przewodnictwa, pracuje w zakresie psychologji eksperymentalnej u Wundta, a ćwiczy się w pracy klinicznej u tegoż Flechsig'a, później u Westphal'a i Charcot.

Od 1886 r. do 1893 r. jest profesorem psychjatrji w Uniwersytecie Kazańskim.

Od jesieni 1893 roku do 1913 roku jest profesorem neurologji i psychjatrji w Wojskowej Akademji Lekarskiej.

Jednocześnie był też profesorem neurologji i psychjatrji w Żeńsk. Instytucie Lekarskim.

Był prezydentem stworzonego przezeń Instytutu psycho-neurologicznego, dyrektorem Instytutu Pedologicznego, również przezeń zorganizowanego, Dyrektorem Instytutu antyalkoholowego Umarł na stanowisku Prezydenta Państwowej Psychoneurologicznej Akademji w Petersburgu oraz Dyrektora Instytutu Refleksologicznego do badań mózgu w Petersburgu. Zmarł na udar serca dnia 25 grudnia r. ub. w Moskwie, dokąd zjechał dla wzięcia udziału w Kongresie psychoneurologicznym.

Bechteriew jako neurolog.

W pięknym i wzniosłym gmachu sławy naukowej, który otacza zgasłego, działalność jego, jako neurologa, za podstawową uważać należy.

Aczkolwiek naukowe zainteresowania jego w zaraniu jego działalności były nadzwyczaj wielostronne, nie podlega jednak kwestji, że głównym punktem jego zainteresowań naukowych od początku działalności były kwestje neurologiczne. I w tej dziedzinie szybko stał się wszechświatowo znanym wybitnym uczonym.

Wiadomości, z których my obecnie korzystamy na każdym kroku naszej pracy klinicznej, były jak wiadomo zdobyte z nadzwyczajnym trudem i są wynikiem wysiłku całego szeregu wybitnych uczonych, wśród których zmarły zajmuje jedno z pierwszych miejsc.

Osiemdziesiąte lata ubiegłego stulecia były właśnie tym okresem, kiedy dzięki pracy przeważnie badaczy niemieckich: Türka, Weigerta i Flechsiga nauczyciela Bechteriewa, wskazane zostały odpowiednie metody badania układu nerwowego.

Systematyczne zaś badania i studja szczegółów budowy układu nerwowego było już zadaniem następnego okresu, i tu w liczbie działaczy naukowych zmarły zajmuje jak już mówiliśmy jedno z pierwszych miejsc.

Dane otrzymane przez Bechteriewa w tej dziedzinie są nadzwyczaj wielostronne i że tak powiem różnobarwne.

Niema tego miejsca w mózgu i w rdzeniu, któregoby nie tknęły badania Bechteriewa. Prawie niema takiego rozdziału w anatomji ośrodkowego układu nerwowego, o którymby można mówić nie wzmiankując jego imienia, a wiele miejsc w tym systemie nosi stały dodatek „Bechteriewa".

Wyliczenie chociażby krótkie wszystkiego co zrobił w tej dziedzinie przewyższa ramy udzielonego miejsca.

Ogólny rzut oka na wyniki badań przedewszystkiem daje nam klasyczna praca jego p. t.: „Tory przewodnictwa w mózgu i rdzeniu". Pierwsze wydanie w języku rosyjskim ukazało się w 1892 roku. Niebawem praca ta została przetłómaczona na obce języki.

Jednocześnie z temi ściśle anatomicznemi badaniami dokonywał on badań fizjologicznych i ten moment jego działalności podkreślić należy.

Osiemdziesiąte lata ubiegłego stulecia są właściwie początkiem studjów fizjologicznych w zakresie układu nerwowego. W przeciągu ¾ ubiegłego stulecia właściwego naukowego badania czynności mózgu nie było.

Początkiem obecnej ery naukowego badania czynności mózgu było znane odkrycie Broca w 1862 roku (ruchowego ośrodka mowy).

Ale i po odkryciu Broca nauka o umiejscowieniu czynności w ciągu kilku lat nie ruszyła je naprzód. Dopiero po badaniach Fritsza i Hitziga, którzy w 1871 roku ustalili, iż ruchowa funkcja należy do przedniego zwoju ośrodkowego, rozpoczyna się systematyczne badanie czynności mózgu. Od początku 80 lat sprawa lokalizacji korowych funkcji staje się podstawową kwestją w fizjologji mózgu. I w tej dziedzinie Bechteriew zrobił nadzwyczaj dużo: możemy znowu śmiało powiedzieć, że niema tej części mózgu, którąby nie była samodzielnie pilnie zbadana przez zmarłego. Nadzwyczaj wielkie są jego zasługi w ustaleniu obrębu słuchowego, analizy czynności móżdżkowych i t. d. należy powiedzieć, że kwestja o czynności wielkich zwojów podstawowych była po raz pierwszy rzeczowo przez niego poruszana. Wyniki badań

swoich B. podaje w kapitalnej swej pracy p. t.: „Podstawy nauki o funkcjach mózgu“. Ta praca zjawiła się już w 1907 roku i również przetłómaczona została na języki obce.

Nie jesteśmy w stanie wyszczególnić wszystkich prac B. z dziedziny anatomji i fizjologji układu nerwowego, tak liczne są one.

Wyodrębnił on grupę komórek nerwowych w zewnętrznym kącie IV-ej komory, nerw przedsionkowy ma tu swe zakończenie; ta gromada komórek nosi miano jądra Bechteriewa.

Opisał t. zw. corpus parabigeminum. Dowiódł, że zewnętrzny korzonek węchowy idzie bezpośrednio do gyrus uncinatus.

Ustalił mechanizm zaburzeń ruchowych przy uszkodzeniu:
nerwu przedsionkowego,
ciał powrózkowatych,
zewnętrzno-tylnej części komory trzeciej,
korzonków tylnych itd. i td.

W korze mózgowej pomiędzy 1-ą a 2-ą warstwą, opisał pasmo białych włókien, które O. i C. Voigt'owie i inni nazywają pasmem Bechteriewa.

Wyświetlił znaczenie substantiae nigrae. Przyczynił się bardzo do wyświetlenia czynności thalami optici.

Ustalił znaczenie corpus mamillare. W 1910 roku ustalił ścisłą lokalizację ośrodka smaku u człowieka w korze mózgowej, w obrębie operculum; ustalił wreszcie razem ze swoimi uczniami ścisłą lokalizację korową dla wydzielania śliny, ośrodków oddechowych, wydzielania soku żołądkowego, ośrodki czucia mięśniowego itd. itd. Znane są jego prace doświadczalne nad pęczkami rdzeniowemi. W jego pracowni i pod jego kierownictwem Dr. Szajkiewicz dowiódł, że n. lenticularis (właściwie globus pallidus) jest zwojem ruchowym. B. podał i ściśle opracował metodykę sztucznego formowania skojarzeniowych odruchów ruchowych.

Nowe jednostki chorobowe, które opisał B.:

1. zesztywnienie kręgosłupa,
2. hemitonja post apoplectica,
3. stwardnienie wieloogniskowe luetyczne,
4. t. zw. Ataxia cerebellaris acuta,
5. epilepsia choreica, jako specjalna postać myoclonji Unverrichta,
6. podał odrębną postać tiku twarzowego,
7. pseudomelja paraestetica,
8. akroerythrosis.
9. W dziedzinie ogólnych nerwic: nowe postacie lęków i wogóle stanów natręctwa: obawa zaczerwienienia się, obawa — lęk cudzego spojrzenia, obawa udławienia się, natrętny uśmiech, natrętne pocenie się rąk i inne.
10. W dziedzinie chorób osobowości: t. zw. suggestio-deliriica (urojenia polegają na tem, że choremu stale wydaje się, iż jest stale pod hipnozą, że ktoś na przestrzeni hypnotuzuje go i suggestjonuje go).
11. Kilka postaci tak zw. Hallucinosis peripherica, a mianowicie: parosmophrenia, reptiliophrenia, somatophrenia, hallucinosis acustica i inne.

Podał nowych odruchów i objawów przeszło 40, które noszą jego imię, najbardziej znany odruch Mendel-Bechteriew jako objaw patolog. orga., objaw B. na kończynach dolnych, analogiczny z objawami Biernackiego dla kończyn górnych; objaw Bechteriew, jako zupełnie objektywny przy nerwicach urazowych; odruch Bechteriewa z mus pector. major, objawy: nosowy, oczodołowy i wiele wiele innych.

Podał kilka nowych aparatów i przyrządów do badania czucia sfery ruchowej itd.

Oprócz tych ściśle naukowych badań zmarły dużo zrobił wogóle dla neurologji w Rosji. On pierwszy wprowadził w Rosji na szerszą skalę neurochirurgję. Z Jego inicjatywy była zorganizowana Klinika chirurgiczna i specjalna katedra neurochirurgji przy Instytucie Psycho-neurologicznym. Katedrę tą objął uczeń Bechteriewa obecny profesor w Tartu (Durpacie) Ludwik Pussep. Należy podkreślić jeszcze że pierwsze rosyjskie pismo neurologiczne było przez niego założone, jak również pierwsze Towarzystwo neurologiczne, oraz pierwsza ściśle neurologiczna pracownia.

Bechteriew miał zawsze ogromną ilość uczniów i stworzył pierwszą neurologiczną szkołę w Rosji.

Jeżeli neurologja wogóle zawdzięcza mu wiele znamiennych i cennych odkryć, to neurologja rosyjska jako taka trudom i pracy jego swój początek i swoje obecne istnienie zawdzięcza.

Bechteriew jako twórca refleksologji.

Bechteriew jest twórcą nowej autonomicznej nauki, która nosi miano r e f l e k s o l o g j a c z ł o w i e k a.

Refleksologja nie jest fizjologją wyższych przejawów czynności układu nerwowego. Objektem jej badań jest całość ludzkiej osobowości w jej zewnętrznie objektywnie obserwowanych przejawach, w jej niezliczonych odruchach, jako odpowiedzi na bieżące i przeszłe, na wewnętrzne organiczne i zewnętrzne kosmiczne, w szczególności zaś społeczne socjalne podniety. Dla refleksologa człowiek jest nie zwykłym ustrojem, organizmem, lecz biosocjalną istotą, która żyje nietylko w warunkach tej lub innej przyrody, lecz w tych lub innych warunkach społecznych, socjalnych.

Refleksologja jest to ostatnie słowo nauk biologicznych, a jednocześnie podstawą nauk socjalnych, społecznych. Jest to ogniwo które łączy nauki o przyrodzie, z naukami o kulturze, gdyż refleksolog bada nie tylko odruchy przystosowania się człowieka do otoczenia, lecz także i akty wpływu na otoczenie człowieka, jako tego, kto tworzy i jest twórcą wartości kulturalnych.

Jest rzeczą zrozumiałą, że nauka, która stoi na granicy 2 światów ludzkiego poznania, nie może być prostą co do swej treści. Elementy, z których powstaje synteza refleksologji, są różne.

Przechodząc do historji naukowej działalności Bechteriewa w tym kierunku, widzimy jak stopniowo, w miarę zwiększania się jego naukowego doświadczenia, powstawały fundamenty gmachu naukowego nowej nauki refleksologji.

W roku 1886 B. dokonał doświadczenia nadzwyczaj ważnego dla przyszłej refleksologji: pies, który drogą tresury wykonywał ruchy (to co później otrzymało nazwę ruchowych-skojarzeniowych odruchów) zupełnie utracił zdolność tych ruchów po dokonanem zniszczeniu ruchowej części kory mózgowej. Dzięki tym doświadczeniom poraz pierwszy stwierdzone zostało, że mianowicie kora mózgowa a nie zwoje podkorowe, jak przed tem myślano, są siedliskiem wytresowanych w przeciągu życia ruchów.

W latach 90-ych ubiegłego stulecia B. już wybitnego specjalisty neurologa i psychjatry, nie zadowalniają stosowane naówczas subjektywne metody badania nerwic. On szuka i znajduje przedmiotowe objawy tych schorzeń w zmianach sfery odruchowej. Te badania doprowadzają do tego, że jeszcze w 1893 roku, na V zjeździe Pirogowskim, Bechteriew mówi o konieczności objektywnego badania osobowości ludzkiej i przeprowadza swoją myśl w szeregu prac, umieszczanych w redagowanym przez siebie „Przeglądzie Psychjatrji“.

W roku 1904 w „Wiestniku Psychologji“ znajdujemy pracę, w której narzucony został pierwszy ogólny plan psychologji objektywnej. Brakuje jeszcze laboratoryjnego eksperymentalnego doświadczenia, niezbędnego dla urzeczywistnienia tego planu. Należy zaznaczyć, że w tym 1904 roku w pracowni Pawłowa wypracowuje się metodyka formowania sztucznego odruchu warunkowego na wydzielanie śliny. Lecz metodyka ta, wymagająca specjalnej operacji wyprowadzenia na zewnątrz przetoki ślinnej, nie zadawalnia B. dlatego, że:

1. Ona była wówczas niemożliwa do zastosowania względem człowieka, a właśnie człowiek był objektem badań B.

2. Metodyka ta miała do czynienia z odruchami wydzielniczemi, a nie ruchowemi, które właśnie najbardziej są charakterystyczne dla aktów zachowania się człowieka.

3. Metodyka Pawłowa wyeliminowała ze sfery swych badań ogromną i nadzwyczaj ważną sferę tak zwanych ruchów od woli zależnych.

Nieco później (1906 — 1907) w pracowniach Bechteriewa rozpoczyna się opracowanie metodyki sztucznego formowania skojarzeniowych odruchów ruchowych, z początku na zwierzętach, a później na człowieku. W tym samym czasie B. rozpoczyna urzeczywistnienie swojej myśli: z nadzwyczajną energją pisze on swoją trzechtomową „psychologję objektywną“ — jest to wykład nauki o aktach zachowania się człowieka. W roku 1906 publikuje on pracę pod tytułem „Psychika a życie“.

Tradycyjne uświęcone stuleciami działy starej psychologji o pamięci o uwadze, o emocjach, o woli są zastąpione w „Refleksologji“ działami o odruchach reproduktywnych, o odruchachześrodkowania, o złożonych organicznych i osobistych odruchach. Odruch w jego rozszerzonem i pogłębionem zrozumieniu staje się pojęciem ośrodkowem, które wchodzi w tę nową naukę. Nawet najwyższe czynności, jak naprzykład, mowę rozpatruje Becht. jako szereg odruchów symbolicznych, a samą myśl nawet, jako złożony odruch, zahamowany w swej części efferentnej.

Ale i w tej pierwszej rozbudowie nowej nauki przy wszystkich jej zaletach jeszcze w niedostatecznym stopniu są wyjaśnione niektóre elementy, tak charakterystyczne dla późniejszych wykładów tej nauki, a mianowicie elementy socjalne i genetyczne.

Nie przestając pracować nad treścią i formą swojej doktryny, Bechteriew w 1918 roku wydaje pierwsze a później drugie i trze-

cie wydanie dzieła p. t.: „Ogólne podstawy refleksologji człowieka".

Będąc nietylko uczonym, ale i społecznym działaczem B., musiał się interesować kwestjami socjologicznemi.

Jeszcze w 1911 roku pisze prace o zadaniach i celach psychologji społecznej, jako nauki objektywnej. Później wprowadza eksperyment refleksologiczny w badaniach kolektywów i tworzy swoją „kołłektywną refleksologję", poświęconą rozważaniu czynników socjalnych, które grają tak wielką rolę w rozwoju osobowości człowieka.

Jako ewolucjonista, Bechteriew nie mógł zaniechać koncepcji genetycznej w stosunku do człowieka, do jego osobowości. Refleksologja bada zewnętrzne przejawy nietylko dojrzałej, już kompletnie i ostatecznie sformowanej osobowości, lecz także genezę i rozwój tych przejawów.

W roku 1908 Bechteriew wydaje pracę: „Objektywne badania sfery nerwopsychicznej w wieku dziecięcym". A w ślad za nią idzie szereg badań, które dały początek tak zwanej „refleksologji genetycznej".

W przeciągu krótkiego czasu swego istnienia nauka ta przeszła znaczną ewolucję, prowadząc za sobą powstanie całego cyklu odrębnych dyscyplin refleksologicznych. Jej metody dotarły wszędzie, przeszły tam wszędzie, gdzie niezbędnem jest badanie człowieka, jako istoty bio-socjologicznej. Zbrojni metodami temi badacze z równem powodzeniem mogą pracować w Klinice chor. ner. i w Klinice psychjatrycznej (refleksologja patologiczna); w przedszkolu, ogródkach dziecięcych i w szkole (refleksologja pedagogiczna); tam, gdzie dokonuje się produkcja, refleksologja profesjonalna — (refleksologja w zakresie pracy fizycznej i umysłowej); poszczególnemi działami refleksologji są: refleksologja kollektywna i socjalna, refleksologja patologiczna, w tem też i patologiczna refleksologja sądowa, refleksologja artystyczna, zoorefleksologja.

Bechteriew, jako pedolog.

W całym szeregu wystąpień publicznych B. rozwijał myśl o konieczności systematycznego badania dzieci i oparcia się pedagogiki na wynikach tego badania. Twierdząc, że zasadnicze rysy przyszłej osobowości danego osobnika otrzymują swoje podstawy już w wieku pierwszego dzieciństwa, B. podkreślał znaczenie wychowywania w wieku przedszkolnym, zaczynając od samej chwili urodzenia. On to rozpoczął również ścisłą naukową pracę, dotyczącą badania okresu pierwszego dzieciństwa. W krótkim czasie napisał szereg prac, które dotyczyły bardzo ważnej i praktycznej strony badanego problemu. Cennym nabytkiem dla literatury pedagogicznej są prace jego:

O rozwoju mowy u dzieci,
O rysunkach dzieci,
O ewolucji uwagi czynnej,
O wychowaniu w pierwszem dzieciństwie,
O objektywnych metodach badania czynności neuro-psychicznych w wieku dziecięcym,
O rozwoju neuro-psychicznej czynności,
oraz wiele innych.

Z niezwykłą uwagą zatrzymał się Bechteriew na opracowaniu metodyki pedologicznej. Jak już wyżej mówiliśmy nauka ta nie rozporządzała dokładnemi metodami badania duszy dziecka. Psychologja dorosłego korzysta dla swoich celów przeważnie z samoobserwacji, ale dziecko nie może obserwować swych przeżyć, metoda samoobserwacji użytą dla badania dzieci być nie może.

Bechteriew wystąpił energicznie jako propagator objektywnej metodyki badania dzieci i tu wskazał na konieczność badania ruchowych odruchów, których metodykę opracował sam przy udziale swojej szkoły, obserwując ludzi dorosłych. Zaproponowana przez niego metoda okazała się możliwą do zastosowania w wieku dziecięcym i pozwoliła wyświetlić niektóre kwestje szkolne, które dotychczas były zupełnie nierozstrzygnięte, jak naprzykład o rozróżnieniu kolorów we wczesnem dzieciństwie i t. p.

Dalsze uzupełnienia metodyki refleksologicznej pozwoli zapewne wyświetlić i inne dotychczas nie zbadane rzeczy w przejawach duszy dziecka.

Zasługują na uwagę artykuły Bechteriewa, w których podaje rozwój neuro-psychicznego życia dziecka, zaczynając od pierwszych dni jego istnienia na podstawie współczesnej nauki i własnych obserwacyj swoich.

Działalność zmarłego w zakresie pedologji nie ograniczała się tylko pracami naukowemi i wystąpieniami publicznemi. Dążył on stale i z największym uporem do zrealizowania swych idei w tym kierunku. W 1907 roku postanowił zorganizować specjalny zakład naukowy dla systematycznego badania dziecka. Z właściwą mu energją zabrał się do urzeczywistnienia tej myśli i w roku 1909 przy psycho-neurologicznym instytucie został zorganizowany Instytut Pedologiczny, jedyna w świecie instytucja poświęcona wyłącznie badaniu dziecka od pierwszej chwili jego przyjścia na świat. Nie zważając na trudności materjalne Instytut ten rozpoczął energiczną pracę naukową, zwracając na siebie ogólną uwagę wszystkich zainteresowanych kwestją pedologji.

Już w 1913 roku otrzymał on za swe eksponaty na Międzynarodowej wystawie w Dreznie dyplom honorowy oraz medal złoty na wystawie higjenicznej w Petersburgu.

Bechteriew wprowadził do programu nauczania w Psychoneurologicznym Instytucie wykłady psychologji wieku dziecięcego, jako odrębnego przedmiotu, a w 1913 roku powstała przy tym Instytucie pierwsza w Rosji katedra psychologji wieku dziecięcego.

Wojna Wszechświatowa i rewolucja przerwały prace instytutów Psycho-neurologicznego i Pedologicznego, lecz Bechteriew nie przerwał swych poczynań i dalej je kontynuował w Instytucie Refleksologicznym.

B. ogłosił drukiem 560 prac (w tem z zakresu fizjologji 81, anatomji 82, refleksologji 108, biologji 27, sądowej medycyny 8, hipnotyzmu 14, pedelogji i pedagogiki i t. p. 73, prac klinicznych 167).

Był inicjatorem powstania i twórcą Instytutów:
Psychoneurologicznego,
Pedologicznego,
Antyalkoholowego,
Refleksologicznego.

On utworzył pismo: „Newrologiczeskij Wiestnik", przyczynił się do rozwoju „Wiestnika psychologji", od roku 1896 był Redaktorem „Obozrienja psychjatrji i niewrołogji".

Prof. M. Astwacaturow w swm artykule o zmarłym, jako o neurologu — przytoczył dwuwiersz Szyllera. Czyńmy za nim i my: Mając tysiące okrętów wypływa młody człowiek na burzliwe fale morza życiowego, lecz na jednym i to wątłem czółenku u starości dopływa ledwie do cichej przystani. 100 okrętów to 100 projektów — 100 zadań i t. d.

Zmarły nie tylko nie utracił żadnego ze swych okrętów — planów, projektów, lecz jeszcze bardziej je pogłębił i do cichej przystani wszedł z tak wielkim dorobkiem naukowym, że — zaiste, narówni z Charcot'em w swej specjalności może być postawiony.

Niech będzie cześć i chwała Jego świetlanej pamięci!

St. Władyczko (Wilno).

PRACE ORYGINALNE.

Wł. ELMER i M. SCHEPS. Lwów.

Próba cholesterynowo - tłuszczowa w marskości wątroby.

Z Oddz. W. I. Państwowego Szpitala Powsz. we Lwowie:
Prymarjusz: Doc. Dr. W. Czernecki.

Bürger i Habs przeprowadzając badania nad wchłanianiem się cholesteryny i tłuszczów, stwierdzili odmienne zachowanie się stosunków resorbcyjnych w przypadkach wątroby zdrowej i w przypadkach marskości wątroby. W przypadkach wątroby zdrowej stwierdzili oni, że w cztery godziny po podaniu 5-ciu gramów cholesteryny w 100 gramach oliwy, występuje bardzo wybitne zmleczenie surowicy krwi jako wyraz lipemji i chypercholesterynemji poborowej (alimentarnej), czemu odpowiada wzrost cholesteryny w surowicy krwi do wartości niekiedy podwójnej, w stosunku do poziomu jej na czczo. W przypadkach zaś marskości wątroby, surowica pozostawała przejrzysta lub co najwyżej lekko zmętniałą, a poziom cholesteryny nie wzrastał już to wogóle, już to tylko nieznacznie, niekiedy znowu nawet opadał. Zagadnienie, w czem należy upatrywać przyczynę tego odmiennego zachowania się surowicy krwi, zostawili Bürger i Habs nierozstrzygniętem. Przypuszczają oni, że przyczyna ta jest następstwem gorszego i utrudnionego wchłaniania się cholesteryny i tłuszczów z przewodu pokarmowego na skutek, czy to wytwarzania mniej wartościowej żółci przez schorzały miąższ wątrobowy, czy to zastoju w krążeniu żyły brannej, czy to równoczesnego schorzenia trzustki, odgrywającej znaczną rolę w procesie wchłaniania się cholesteryny i tłuszczów. Polecają oni swoją próbę cholesterynowo - tłuszczową jako łatwą i pewną metodę rozpoznawania marskości wątroby (względnie też i trzustki), tem więcej, że we wszystkich swych 7-iu przypadkach marskości wątroby wypadała ona zawsze dodatnio t. j. surowica pozostawała przejrzystą a poziom cholesteryny nie wykazywał większych wahań, podczas gdy inne próby czynnościowe wątroby zawodziły (próba z galaktozą i lewulozą).

Mając na względzie ważność prób rozpoznawania schorzeń wątroby, uważamy, że należy z radością powitać każdą nową metodę, która w sposób łatwy, nieszkodliwy dla chorego, a pewny, pozwala rozpoznawać schorzenie miąższu wątrobowego. Próba cholesterynowo - tłuszczowa zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ tak różnorodna czynność wątroby z chwilą jej schorzenia nie musi równolegle i jednoznacznie wykazywać wszystkie objawy zaburzeń czynności wątroby, jak w dziedzinie przemiany wodanów węgla, białek, tłuszczów, ciał tłuszczowatych, cholesteryny, barwików i t. d. Wiadoma rzecz, że schorzała wątroba może np. nie wykazywać zaburzenia w przemianie wodanów węgla, a wykazywać je odnośnie do barwików. W przypadku 8-ym (patrz tab. 2) z marskością zastoinową *(Cirrhosis Cardiaca)* próba z galaktozą [1]) i lewulozą wypadła w moczu i we krwi ujemnie, próba zaś z phe-

I. Tablica.

Przypadki wątroby zdrowej.

Liczba przypadków	Cholesteryna całkowita w surowicy w mg %		Różnica maksymalna	Wygląd surowicy
	na czczo	po 4 godz.		
1	126	152	+26	znacznie zmętniały
2	130	172	+42	„ „
3	268	312	+44	b. silnie zmętniały
4	166	168	+2	średnio zmętniały
5	165	172	+7	„ „
6	100	124	+24	„ „
7	153	168	+15	zupełnie przejrzysty
8	198	214	+16	„ „
9	158	156	−2	„ „

[1]) Wzrost cukru w krwi o 39 mg% po podaniu 40 gr galaktozy można uważać za próbę lekko dodatnią.

II. Tablica.

Numery przypadków	ROZPOZNANIE	Cholesteryna całkowita w surowicy w mg %		Różnica maksymalna	Wygląd surowicy	Cukier we krwi w mg % po 40 gr galaktozy					Różnica maksymalna	Galaktozurja w gr	Cukier we krwi w mg % po 45 gr lewulozy					Różnica maksymalna	Lewulozurja w gr	Tetrachlorphenolphtaleina	Bilirubina w mg % w surowicy	Urobilinogen
		na czczo	po 4 godz.			na czczo	po 30'	60'	90'	120'			na czczo	po 30'	60'	90'	120'					
1	Cirrhosis hepatis	294	308	+14	lekko zmętniały	100	135	143	121	90	43	2.44	106	137	132	116	114	31	0	+	0.50	+
2	„ „	153	154	+1	„	70	157	184	130	119	114	3.6	91	118	113	97	94	22	ślad redukcji	++		+++
3	„ „	106	100	−6	przejrzyst.	96	158	167	168	131	71	0	98		123	132	123	34	0	++++	1.00	++++
4	„ „	150	170	+20	„	66	183	176	132	110	117	5.1	68	102	88	79	62	34	0	+	0.42	++++
5	„ „	188	160	−28	„	102	106	131	126	97	29	1.4	90	111	107	105	104	21	ślad redukcji	ślad	0.70	lekko wzmożony
6	„ „	98	124	+26	„	81	109	105	90	88	28	0.18	93	132	115	113	110	39	0	—	1.25	+
7	„ „	268	248	−20	„	90	131	134	118	93	44	1.5	77	123	107	98	82	46	ślad redukcji			[illegible]
8	Cirrhosis cardiaca hepatis	151	179	+28	„	79	100	118	118	97	39	0	94	105	82	75	70	11	0	++		++
9	Hepatitis levis	138	144	+6	silnie zmętniały	70	185	150	137	96	115	9.05										+
10	„ „	170	194	+24	b. silnie zmętniały	80	156	180	154	107	100	0	65	109	109	94	85	44	0.08	+		+++
11	Carcinoma ductus choled. Atrophia hepat. secund.	210	224	+14	brak zmętnienia	89	118	145	140	143	56	3.4	92	128	105	105	100	36	ślad redukcji	+++	25.00	++
12	Cirrhosis pigm. diabète bronzé?	192	250	+58	b. silnie zmętniały															—		—

noltetrachlorphtaleiną wybitnie dodatnio. Podobnie schorzała wątroba może nie wykazywać zmian czynnościowych w przemianie wodanów wegla, białek czy barwików, a wykazywać je odnośnie do cholesteryny i tłuszczów. Z tego wzgledu badania Bürgera i Habsa zasługują na wyróżnienie, tem więcej, że badania zaburzeń wątroby w przemianie tłuszczów, ciał tłuszczowatych i cholesteryny są nieliczne, a przytem mało miarodajne. Próba Galdiego, polegająca na wykazaniu zwiększenia się ciał tłuszczowatych i cholesteryny w surowicy krwi, w 2 godziny po podaniu na czczo 50 gr masła, jest mało ścisłą. Metoda Grigaut i Jowanowicza, opierająca się na badaniu stosunku cholesteryny do tłuszczów całkowitych jest próbą znacznie dokładniejszą, lecz z uwagi na występowanie podobnych zmian tych stosunków w innych stanach chorobowych, nie związanych ze schorzeniem wątroby (ostre zakażenia, nephritis chronica, cukrzyca) nie pozwala ona wyciągać żadnych wniosków odnośnie do stanu czynności wątroby (Fiessinger i Walter).

Myśmy przeprowadzali badania w 9-ciu przypadkach wątroby zdrowej oraz w 12-tu przypadkach wątroby chorobowo zmienionej. Stosując się ściśle do uwag Bürgera i Habsa, podawaliśmy na czczo doustnie 5 gr czystej cholesteryny (Mercka) w 100 gr czystej oliwy i w cztery godziny potem porównywaliśmy wygląd surowicy krwi ze surowicą na czczo pobraną oraz oznaczyliśmy ilościowo cholesterynę całkowitą w surowicy na czczo i w 4 godziny po próbie.

Jak widać z tablicy I., przedstawiającej przypadki wątroby zdrowej, w 3-ech przypadkach nastąpiło w 4 godziny po próbie cholesterynowo - tłuszczowej wybitne zmleczenie surowicy, czemu odpowiadało podniesienie się poziomu cholesteryny całkowitej o 26, 42 i 44 mg°/o; w 3-ch dalszych przypadkach zmleczenie średniego natężenia, przyczem w 2-ch przypadkach poziom cholesteryny pozostał prawie niezmieniony (różnica wynosiła 2 i 7 mg°/o, leżała tedy w granicach błędu technicznego wykonania), w jednym zaś przypadku podniósł się o 24 mg°/o. W pozostałych przypadkach surowica pozostała przejrzystą, a wzrost poziomu cholesteryny wynosił w 2-óch przypadkach 15 i 16 mg°/o, a więc był znaczniejszy niżli w 2-óch przypadkach poprzedniej grupy, w których zmleczenie zaznaczyło się wyraźnie; tylko w jednym przypadku poziom cholesteryny pozostał niezmieniony (różnica 2 mg°/o). Należy podkreślić, że we wszystkich tych przypadkach przeprowadzone badanie czynnościowe wątroby wypadało ujemnie zarówno w moczu, jak i we krwi (próba z galaktozą i phenoltetrachlorphtaleiną).

Na podstawie tedy naszych badań możemy powiedzieć, że w przypadkach wątroby zdrowej próba cholesterynowo - tłuszczowa nie wypadała jednakowo, w przeciwieństwie do spostrzeżeń Bürgera i Habsa, którzy zawsze stwierdzali ujemny wynik próby t. j. wybitne zmleczenie surowicy oraz znaczny wzrost poziomu cholesteryny całkowitej w granicach od 50 do 127 mg°/o, a więc niekiedy do wartości podwójnej. W jednych bowiem naszych przypadkach zaznaczało się zmleczenie czy to wybitne, czy tylko średniego natężenia, w innych surowica pozostawała nadal przejrzystą jak na czczo, przyczem wzrost poziomu cholesteryny całkowitej nie zawsze odpowiadał stopniowi zmleczenia wzgl. przejrzystości surowicy, tak, że na podstawie wyglądu surowicy nie wiele można wnioskować o zachowaniu się poziomu cholesteryny.

Przechodząc z kolei do przypadków patologicznych wątroby, zaznaczymy, że na 12 przypadków wątroby chorobowo zmienionej, mieliśmy 7 przypadków marskości, 1 przypadek wątroby zastoinowej *(cirrhosis cardiaca)*, 2 przypadki *hepatitis levis*, 1 przypadek *Ca. duct. hepat.* z następowym zanikiem wątroby i 1 przypadek powiększonej wątroby u cukrzycowego *(cirrhosis pigmentosa, diabète bronzé?)*. Odnośnie do przypadków marskości wątroby, których rozpoznanie w niektórych przypadkach zostało potwierdzone anatomo-patologicznie, możemy potwierdzić spostrzeżenie Bürgera Habsa, że surowica pozostawała po próbie cholesterynowo - tłuszczowej jużto zupełnie przejrzystą (5 przypadków), jużto ulegała lekkiemu zmętnieniu (2 przypadki), a wzrost poziomu cholesteryny wahał się między 1 a 26 mg°/o. W innych przypadkach schorzeń wątroby próba cholesterynowo - tłuszczowa wypadała odmiennie, niżli w marskości wątrobowej *(hepatitis levins diabète bronzé)*, a niekiedy podobnie *(cirrhosis cardiace Ca duct. hepat. et atrophia hepat.)*. Na uwagę zasługuje przypadek 11-ty, którego rozpoznanie zostało potwierdzone anatomo-patologicznie, w którym mimo braku zmian w trzustce, próba cholesterynowo - tłuszczowa wypadła wybitnie dodatnio jak w przypadkach marskości wątroby, surowica bowiem uległa bardzo nieznacznemu zmętnieniu, a poziom cholesteryny pozostał niezmieniony. Na dalszą uwagę zasługują: przypadek 10, w którym surowica uległa bardzo silnemu zmleczeniu a poziom cholesteryny podniósł się o 24 mg°/o, oraz przypadek 6-ty, w którym wzrost cholesteryny wynosił również prawie tyle (26 mg°/o), w którym surowica pozostała jednak przejrzystą. Porównanie obu tych przypadków poucza, że wygląd surowicy i stopień jej zmleczenia wzgl. przejrzystości nie idzie zawsze w parze z wzrostem cholesteryny w surowicy.

Potwierdzając tedy tylko częściowo badania Bürgera i Habsa, że w przypadkach marskości wątroby surowica pozostaje przejrzystą wzgl. najwyżej lekko zmętniałą, musimy w przeciwieństwie do ich spostrzeżeń podnieść, że próba cholesterynowo-tłuszczowa nie pozwala na wyciąganie daleko idących wniosków odnośnie do stanu wątroby. *Wynik dodatni próby (brak zmleczenia jak i wybitniejszego wzrostu cholesteryny całkowitej) nic mówi nam bynajmniej, że mamy do czynienia z marskością wątroby, bo w innych stanach chorobowych jak i w szczególności w przypadkach wątroby zdrowej, próba ta może wypaść zupełnie dodatnio.* Widocznie rozmaite czynniki wpływają na wynik próby cholesterynowo - tłuszczowej.

Bürger i Habs polecają też swoją próbę z tego względu, że inne próby badania wątroby w ich przypadkach zawodziły. Szczególnie stale wypadała ujemnie próba z lewulozą, próba zaś z galaktozą na 5 przypadków tylko w 1 wypadła dodatnio. Musimy jednak podnieść, że próby te z lewulozą i galaktozą były robione tylko w moczu, a jak wiemy badanie moczu jest często zawodne. Miarodajne jest tylko zachowanie się cukru we krwi. Jak widać z naszej tablicy 2., próba z galaktozą na 12 badanych przypadków wypadła w 7-iu przypadkach w moczu ujemnie. we krwi zaś tylko w 2-óch przypadkach ujemnie, w 10-ciu zaś dodatnio. Próba zaś z lewulozą we wszystkich przypadkach za wyjątkiem jednego, wypadła we krwi dodatnio. Sądzimy zatem, że gdyby autorzy przeprowadzili badanie cukru we krwi, wówczas uzyskaliby w znacznej większości przypadków dodatnie wyniki obu lub przynajmniej jednej z prób. Próba więc cholesterynowo-tłuszczowa nie przewyższa wcale innych wypróbowanych metod czynnościowego badania wątroby.

Streszczenie:

1) W przypadkach wątroby zdrowej próba cholesterynowo-tłuszczowa zachowuje się w 4 godziny po podaniu doustnem 5 gr cholesteryny w 100 gr oliwy niejednakowo, wykazując w jednych przypadkach wynik ujemny (wybitne zmleczenie surowicy), w innych zaś wynik dodatni (t. j. utrzymanie się jej przejrzystości) podobnie też w jednych przypadkach wykazuje podwyższenie się poziomu cholesteryny całkowitej, w innych zaś jej niezmieniony poziom, przyczem wzrost jej nie idzie zawsze w parze ze stopniem przejrzystości wzgl. zmleczenia surowicy.

2) W przypadkach marskości wątroby próba cholesterynowo-tłuszczowa wypada we wszystkich przypadkach dodatnio, z uwagi jednak na dodatnie wyniki próby też w przypadkach wątroby zdrowej, jak i w przypadkach schorzeń wątroby z wyłączeniem marskości wątroby, próba cholesterynowo - tłuszczowa nie może posiadać większej wartości, a zupełnie już ustępuje innym metodom czynnościowego badania wątroby jak próbie z galaktozą lewulozą, czy tetrachlorphenolphtaliną.

Piśmiennictwo.

M. Bürger u. H. Habs: Kl. W. 1927 Nr. 45. — F: Galdi: La Riforma Medica 1923. Nr. 18, cyt. przez Fiessingera i Waltera. — A. Grigaut et R. Yovanowitsch: Soc. Biol. 1924, 13. Dec. — N. Fiessinger et H. Walter: L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffissance hépatique. Paris 1925. Masson et Editeur.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Edward WEISZ. Zdrój Piszczany.

Jak chory na dnę żyć powinien?

Z lecznicy drów L. Schmidta i Ed. Weisza w Piestanach.

Ponieważ dna jest chorobą konstytucjonalną, przeto zrozumiałem jest, że chory nie może jej w całym rozmiarze zapobiec, albowiem usposobienia dziedzicznego nie podobna całkowicie usunąć. Tem więcej zatem powinni dną obarczeni już od wczesnej młodości do późnej starości baczyć na rozumny tryb życia i przez zdrowe krzyżowania poprawiać obciążenie dziedziczne. Rodziny o słabych i skłonnych do schorzeń stawach nie powinny się łączyć ze sobą, ażeby nie dopuszczać do jednostronnego mieszania krwi przez związki małżeńskie.

Nietylko rodzice sami powinni przestrzegać zdrowego reżimu życiowego, ale powinni już dzieci swe tak odżywiać i wychowy-

wać, by nie dopuszczać do rozwoju dny. Niestety tajemnica dny nie jest jeszcze tak dalece jasną, by można zastosować na całej linji racjonalne wskazówki zdrowotne. Od czasów Garroda punkt ciężkości w leczeniu i zapobieganiu dny polega jeszcze ciągle na przestrzeganiu odpowiedniej diety. „Wszystko, co nie odżywia ciała — powiedział już — Garrod — żywi chorobę“. Przytem należy pamiętać, że nietylko jakość, lecz także ilość żywienia odgrywa poważną rolę u cierpiącego na dnę. Organizm dnawca nie może pewnej części pokarmu azotowego przerobić aż do zupełnego fizjologicznego rozpadu i wydzielania z ciała, toteż musi niedomagać, jeśli przeciążony żywieniem prócz innych żużli ma jeszcze skupiać kwas moczowy w swem ciele.

Dnawiec powinien jeść ilościowo (także wodany węgla i tłuszcze) tylko tak dużo, a raczej tylko tak mało, ażeby waga ciała, oraz jego sprawność fizyczna i umysłowa nie ucierpiały.

Dalsze postępy poczyniła nauka o dnie pod względem odżywiania jakościowego tylko o tyle, o ile nowsze badania zamiast zbiorowej szkody „mięso“ stworzyły tak ważne w leczeniu dny pojęcie nukleiny (pochodzące od jądra komórek „nucleus“), zabraniając używania jarskich i zwierzęcych potraw, bogatych w nukleinę. A zatem pod względem jakościowym powinien dnawiec unikać nadmiaru mięsa, a przeważnie pokarmów zawierających nukleiny t. j. jądrzastych t. zw. wnętrzności.

Już od dawna także i nerka przodowała w nauce o dnie a spór ten nie jest jeszcze ukończony. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, że nerka niezupełnie sprawna zatrzymać może w jednym przypadku cukier, w innym kwas moczowy lub też inne przetwory moczowe. Zatem dalszy przepis wyklucza substancje wyciągowe (rosół i t. p.). W związku z tem stary i doświadczeniem ustalony zakaz używania alkoholu będzie zatem zrozumiałym. Odnosi się to szczególnie do piwa, likierów a zwłaszcza szampana. Razu pewnego usłyszałem z ust chorego złowrogie zapewnienie: „Bez szampana nie mógłbym żyć“. Ów bonvivant zginął wkrótce z powodu szampana i dny.

Do dziedziny higjeny dnawca zaliczyć również należy odpowiedni ruch, a w okresach zdrowia nawet umiarkowane sporty. Czynne mięśnie działają tu w przeciwstawieniu do serca jak drugie obwodowe serce w krążeniu krwi i limfy. Energiczny ruch jest zatem najlepszem rozdzieleniem wszelkich soków cielesnych, nieczynność zaś najłatwiej tworzy złogi i powoduje twory krystaliczne. Z drugiej strony przestrzegać należy przed nadmiarem ruchu i pracy fizycznej, jaki niejeden zawód lub sport za sobą pociąga. Albowiem organizm dnawca nie potrafi wytrzymać nadmiernego rozpadu własnych substancyj i komórek cielesnych. Przemęczenia wywołują skoncentrowane obarczenie produktami rozpadowemi krwi i tkanek, któremu często niezupełnie sprawna nerka dnawca nie może podołać. Zatem umiarkowany ruch z unikaniem przemęczenia! Ludzie mający mało czasu, lecz obdarzeni monetą i samochodem, zwykli zamiast ruchu używać masaży w myśl starożytnego aforyzmu: „Trzymaj sobie niewolnika do codziennego mięsienia, a będziesz wolnym od dny“. Oczywiście że mięsienie jest tylko cenną namiastką ruchu na wolnem powietrzu, gdyż nie może ono przysporzyć korzyści żywszego oddechania świeżem powietrzem.

Wybór zawodu tak jak w wszelkich nawykowych skłonnościach również i tu odgrywa poważną rolę. O tem powinni rodzice pamiętać, jeśli są pochodzenia dnawego. Zatem nie wybierać zawodu zbliżonego do jatek i jadłodajni, browarń i piwnic! Ba, jeśli dna okazuje charakter postępujący, powinien dnawiec w razie potrzeby przez zmianę swego zawodu wyzwolić się samego od szkodliwych wpływów.

Dr. Stanisław KALINIEWICZ, ordynator Oddz. chir. Kalisz.

Rzadki przypadek umiejscowienia gruczolaków, wychodzących z gruczołów przysterczowych, wyleczonych drogą operacji.

Z Szpitala Miejskiego Starozakonnych.

Chory M. K., lat 66, robotnik przyjęty na oddział chirurgiczny dnia 31-go października 1922 r.

Wywiad: Wywiad rodzinny nie przedstawia nic charakterystycznego. Chory przebył w 30-ym roku życia chorobę zakaźną, której bliżej określić nie może, pozatem chorób żadnych nie przechodził, naogół czuł się zawsze zdrowym.

Objawy pierwsze obecnej choroby zauważył w maju 1926 r., wystąpienie ich łączy z kąpielą rzeczną, mianowicie w kilka tygodni po kąpieli, w czasie której zmarzł, począł zapadać na częste pędzenie moczu, mocz oddawał nawet co kilka minut w dość wielkiej ilości. Z wiosną 1927 r. zauważył trudność całkowitego wypróżnienia pęcherza, jakkolwiek oddawał mocz często, jednak w małych ilościach, odczuwał przytem ból w okolicach pęcherza. Leczył się domowemi środkami — piciem nawaru ze skrzypu, dopiero w sierpniu 1927 r., gdy wystąpiło ostre zatrzymanie się moczu, zgłosił się do szpitala, w szpitalu pęcherz wypróżniono, zastosowano na dwa tygodnie stały cewnik; szpital opuścił na własne żądanie. Przyjęty został do szpitala powtórnie 31-go października 1927 r., przybył również z ostrem zatrzymaniem się moczu.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, silnie zbudowany, odżywienia średniego, śluzówki widzialne nieco bladawe, cera blada, język silnie obłożony, temperatura 36,8 tętno 80. Budowa czaszki normalna, prócz kilku dolnych przednich zębów jest zupełny brak uzębienia, pozatem w części twarzowej głowy, zmian nie spostrzega się. Szyja krótka, gruczoły chłonne są nie powiększone. Klatka piersiowa jest beczkowata. Płuca wykazują zmiany w kierunku rozedmy średniego stopnia. Serce: Lewa granica wypukiem w lewej linji sutkowej, prawa o palec na prawo od prawego brzegu mostka. Tony serca głuchawe.

Jama brzuszna: W dolnej środkowej części kopułowato wzniesiona, obmacywaniem stwierdza się nad spojeniem łonowem opór sterycznej postaci, o gładkiej powierzchni, w całości sprężysty, szczyt jego sięga 3-y palce poniżej pępka, przy ruchach oddechowych jest on nieruchomy, natomiast wykazuje nieznaczną ruchomość wahadłową ku bokom. Wypuk nad oporem zupełnie stłumiony. Pozatem w obrębie jamy brzusznej i powłok nie stwierdza się żadnych oporów chorobowych, ani punktów bolesnych.

Odruchy ścięgniste są normalne, źrenice równomiernie rozszerzone, oddziaływują na światło i akomodację prawidłowo.

Badanie palcem przez kiszkę stolcową stwierdza, że gruczoł krokowy jest w stanie silnego zaniku. W topograficznem miejscu stercza palec przesuwa się, natrafiając tylko na nieznaczne stwardnienia, śluzówka nad nim jest przesuwalną, brak jest jakiegokolwiek wypuklenia, cechującego gruczoł normalnych rozmiarów.

Przebieg choroby i dalsze badania: Pęcherz wypróżniono etapami w ciągu trzech dni i założono stały cewnik. W ciągu dziesięciu dni stosowano dwa razy dziennie płukanie pęcherza rozczynem kwasu borowego, doustnie podawano urotropinę. 11 listopada wykonano cystoskopję.

Wziernikowanie pęcherza wykazało beleczkowaty układ śluzówki, niezbyt silnego stopnia, miejscami zatarcie rysunku jej naczyń krwionośnych i czerwonawe zabarwienie. Ciekawie przedstawiał się obraz ujścia dopęcherzowego cewki moczowej, zamiast normalnie występującej gładkiej obwódki zwieracza wewnętrznego, był widocznym na całym obwodzie szereg wieńcowo ułożonych guzków wielkości grochu i nieco większych. W okolicy trigonum guzki opisane tworzyły barjerę, zasłaniającą trójkąt, tak, jak przy miernym przeroście stercza.

Ujścia moczowodowe były dobrze widoczne, wygląd ich nie odbiegał od normy. Stosowano nadal stały cewnik i płukanie pęcherza, celem wyleczenia stanu zapalnego śluzówki i przygotowania chorego do zabiegu operacyjnego.

Dnia 24-go listopada wykonano chromocystoskopję zapomocą dożylnego wstrzyknięcia indigotropiny Laskownickiego, barwik okazał się równomiernie w obu ujściach moczowodowych po trzy i pół minutach Dnia 26-go listopada wykonano próbę na sprawność rozcięczania moczu z następującym wynikiem: Ciężar gatunkowy moczu na czczo wynosił

	o godz. 9-tej rano	1014
po wypiciu 1 l. lekkiej herbaty	o godz. 10-tej rano	1005
	o godz. 11-tej rano	1002
	o godz. 12-tej rano	1006
	o godz. 1-ej rano	1010
	o godz. 2-ej rano	1014

Obie więc próby sprawności wydzielniczej nerek dały wynik zadowalniający.

Co do rozpoznania, przypuszczałem, że trudności wypróżniania pęcherza są powodowane przerostem gruczołów przysterczowych przy równoczesnym zaniku gruczołu krokowego *(prostatisme sans prostate)*.

Dnia 29-go listopada przystąpiłem do zabiegu operacyjnego. Znieczulenie zastosowano lędźwiowe tropococainą, znieczulenie w ciągu całego zabiegu było całkowite.

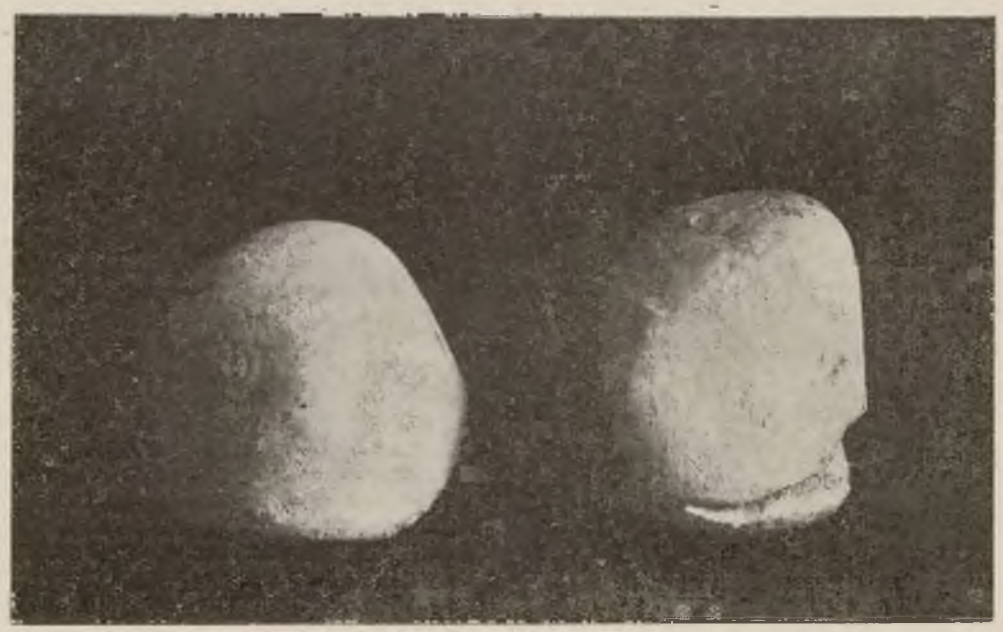
Pęcherz otworzono cięciem nadłonowem. Ranę pęcherza rozchylono głębokiemi hakami, tak że przy rzuceniu światła z reflektora było zupełnie dobrze widoczne ujście dopęcherzowe cewki. Na szczycie dobrzusznym obwodu ujścia dopęcherzowego cewki widoczny był guzek wielkości i postaci dorodnego bobu, guzek ten swą dłuższą osią wysterczał od pęcherza, biegun podstawowy

jego był dość luźno złączony z podstawą, tak że można było go poruszać wahadłowo w kierunku brzuszno grzbietowym. Guzek wyczuwał się twardo, śluzówka nad nim była przesuwalna. Pozatem cały obwód ujścia dopęcherzowego wykazywał drobne guzki wielkości grochu, które obejmowały obwód wieńcowato. Zaskoczony trochę tym niezwykłym obrazem, drasnąłem śluzówkę nad opisanym największym guzkiem i przekonałem się, że śluzówka złuszcza się łatwo z guzka. Dokonałem całkowitego wyłuszczenia. Inne mniejsze guzki z powodu drobnych rozmiarów, nie dały się tak łatwo wyłuszczyć, usunąłem je obcinając u podstawy nożyczkami. Krwawienie ran wewnętrznych pęcherza nie było silne,

Obok utkania, przemawia za tem obecność bezpośrednia a nawet przejście utkania w utkanie stercza. Należy też podnieść obecność w utkaniu nacieków drobno-komórkowych zapalnych.

Protokół powyższy potwierdza rozpoznanie kliniczne przypadku.

Sprawa zaniku starczego stercza oraz obrazu klinicznego nim spowodowanego, dawniej niejasna i określona jako *prostatisme sans prostate*, została wyświetlona dzięki nowszym badaniom nad przerostem gruczołu krokowego. Główną zasługę położyli w tym kierunku T a n d l e r i Z u c k e r a n d e l, M o t z i inni badacze. Dziś ustalił się już pogląd na t. zw. przerost stercza w tym kierunku, że



po czasowej tamponadzie ustąpiło, pęcherz i powłoki zaszyłem na głucho, pozostawiając cienkie sączki w dolnym kącie rany i w kierunku zagięcia otrzewny. Założyłem stały cewnik. Przebieg dalszej choroby był całkiem gładki, przez trzy dni pooperacji mocz był krwisto zabarwiony, lecz o słabem naprężeniu. Sączki usunąłem piątego dnia po operacji. Rana pooperacyjna zgoiła się dobrze, rychłozrostem poza małemi rozstępami w sączkowanych miejscach. Chory opuścił szpital wyleczony dnia 18 grudnia 1927 r.

Wyłuszczony największy guzek, oraz odcięte guzki mniejsze posłano celem histopatologicznego zbadania do Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu we Lwowie. Badanie wykonane dało wynik następujący:

Połowa guzka największego: Guzek okazuje zasadniczo utkanie włókienkowo-komórkowe. W szczególności utkanie to składa się z komórek obfitych, mających postać wydłużoną, podobnie ich jądra są także wydłużone i mają dość skąpą ilość chromatyny, z powodu czego nie barwią się dość silnie. Komórki te ułożone są w pasma splotowato względem siebie się krzyżujące. Wskutek tego splotowatego ułożenia stwierdza się w skrawkach histologicznych poprzeczne przekroje tych komórek i samych włókien. Substancja międzykomórkowa jest wyraźnie włókienkowa i ułożona, podobnie do komórki, w pasma, splotowato między sobą się krzyżujące. Do przebiegu tych pasm stosuje się właśnie przebieg i ułożenie komórek. Oprócz komórek wymienionych znajdują się również dość liczne i pasmowato ułożone komórki, względnie jądra, odpowiadające jądrom włókien mięsnych gładkich. Wśród utkania opisanego stwierdza się mierną ilość naczyń krwionośnych o niewyraźnych ścianach, a nadto wśród utkania są rozrzucone poszczególne lub w ogniskach komórki limfoidalne. Dodać należy, że powierzchowne warstwy guzka wytworzone są z zbitszego utkania włókienkowokomórkowego, z ułożeniem bardziej warstwowem, jakby następstwo ucisku od wewnątrz wywartego. Sposobem van Giesona tkanka guzka barwi się żółtoczerwono, t. j. między pasmami, żółto zabarwionemi, są pasemka wybitnie czerwono zabarwione.

W skrawku innym stwierdzono utkanie stercza, w którego podścielisku znajdują się nacieki drobno-komórkowe, szczególnie w miejscach najbardziej z gruczołami sąsiadujących. Niejako dalszy ciąg tego skrawka tworzy warstwa mięsna pęcherza moczowego.

Całość odpowiada przerostowi mięśniowo-włóknistemu stercza (hypertrophia musculo-fibrosa prostatae).

pod nazwą tą nie rozumiemy jak dawniej przerostu lub hyperplazji właściwego gruczołu krokowego, lecz wiemy, że chodzi tu o zmiany gruczołów okołosterczowych, umiejscowionych w części cewki określonej, jako *urethra prostatica*, bądź też gruczołów przysterczowych, zmiany raczej w sensie nowotworowym, o charakterze gruczolaków rozmaitego utkania, zależnego od przewagi tych lub innych składników histologicznych.

Dzięki tym zmianom miąższ stercza, i tak przeważnie ulegający starczemu zanikowi, tem łatwiej podlega zanikowi uciskowemu spowodowanemu przez powolne lecz stałe powiększanie się gruczolaków. Proces ten doprowadza do tego wreszcie, że z dawnego miąższu stercza pozostaje cienka warstwa, która tworzy łupinę — t. zw. torebkę chirurgiczną, dla nowopowstałych gruczolaków. Nazwa przerost stercza jest wobec obecnie ustalonych poglądów nie usprawiedliwioną, jak wiele zresztą nazw zastosowanych do dawniejszych zapatrywań na procesy patologiczne.

Różnorodność obrazów anatomicznych t. zw. przerostu stercza jest uwarunkowana od kierunku i siły ekspanzji oraz ułożenia topograficznego gruczolaków. Dzięki takiemu poznaniu istotnych zmian anatomicznych, dających obraz t. zw. przerostu stercza, jak również z powodu udoskonalenia nowoczesnych metod badania, jak cystoskopja i uretroskopja, metoda irygacyjna. Wiele też zjawisk klinicznych, przypisywanych wyłącznie starczemu zanikowi stercza, znalazło prawdziwe wytłumaczenie.

W moim przypadku chodziło zapewne o grupę gruczołów, leżącą podśluzówkowo ku światłu pęcherza wokół ujścia dopęcherzowego cewki, gruczoły te uległy bujaniu nowotworowemu przy równoczesnym zaniku starczym stercza.

Godnym uwagi i ciekawym jest fakt, że właśnie największy z tych guzków był umiejscowiony na części dobrzusznej obwodu cewki tworzył on wentyl zamykający ujście pęcherza do cewki, byłoby to odwróceniem o 180° obrazu spotykanego przy t. zw. przeroście płata średniego.

O ile mi wiadomo podobny memu przypadek nie był jeszcze ogłoszony w piśmiennictwie.

Dla uzupełnienia podaję badanie kontrolne chorego, przeprowadzone dnia 4. I. 1928 r.

Chory czuje się zupełnie zdrowy. Badanie w kierunku zdolności, wypróżnienia pęcherza stwierdziło, że jest ona zupełną. Cystoskopja stwierdza przerost beleczkowaty średniego stopnia, zabarwienie śluzówki jest o odcieniu żółtawym, rysunek naczyń wszę-

dzie dobrze widoczny. Brzeg zwieracza wewnętrznego cewki jest naogół gładki, tylko w części dobrzusznej widoczne są nieznaczne wręby.

Przypadek mój zasługuje także z tego powodu na uwagę, że jest on jednym zresztą z licznych dowodów na to, że cierpienia aparatu moczowego są często łatwe do rozpoznania i leczenia w ręku specjalisty urologa, lub chirurga, posiadającego wyszkolenie urologiczne, który rozporządza arsenałem środków rozpoznawczych, natomiast w rękach lekarza praktyka prowadzi do nieobliczalnych w swych skutkach błędów.

Jako wymowna ilustracja słuszności powyższego zdania może świadczyć fotografja kamieni pęcherzowych naturalnej wielkości, kamieni które usunąłem drogą cięcia nadłonowego pęcherza. Chorym był chłopiec 13 letni, cierpiący od kilku lat niewysłowione męki, leżał on nawet niedawno w większym prowincjonalnym szpitalu, rozpoznania właściwego niepostawiono i zwolniono go do domu. Chłopak był przeznaczonym wprost na zagładę, dopiero dzięki skierowaniu go przez jednego z lekarzy na mój oddział został zwolniony od tyloletnich cierpień. Objętość dwu kamieni razem wynosiła 80 cm^3, waga 120 gr. (Patrz rycina).

Miałem też w leczeniu przypadek, w którym, obok przerostu stercza miernego stopnia, był kamień pęcherzowy wielkości jaja kurzego, kamienia nie rozpoznano a leczono tylko przerost stercza, nie wymagający nawet leczenia. Również spotykałem się często z rozpoznaniem zapalenia ropnego pęcherza, tymczasem chorobą zasadniczą było roponercze.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Franciszek NARÓG, st. asystent Kliniki okulistycznej. Lwów.

Organizacja walki z jaglicą w Polsce.

Obraz jaglicy w świetle liczb statystycznych w ogólności, a w szczególności u dzieci w zakładach sierót.

Z Kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Gdy przebrzmiały echa wojny światowej, społeczeństwo zaczęło się organizować we wszystkich dziedzinach życia. Jednym z tych przejawów organizacji wewnętrznej jest walka z jaglicą, jako klęską społeczną. Walka ta jest trudna, gdyż jaglica rozwija się powoli i w początkach niespostrzeżenie, a jej zarazek chorobotwórczy jest nieznany. Wprawdzie nie zagraża ona życiu, ale prowadzi często do ślepoty, która jest gorszą częstokroć od śmierci.

Pierwszy ośrodek walki przeciw jaglicy.

Dotkliwie odczuto ją w czasie wojny tak wśród wojska, jakoteż wśród cywilnej ludności. Do akcji przeciw jaglicy pierwsza stanęła Sekcja lekarska komitetu pomocy dla wojny, zawiązana przez biskupa krakowskiego Sapiehę, z profesorem Godlewskim na czele, z powodu wybuchu epidemji jaglicy między emigrantami w Choczni na Morawach, stwarzając w r. 1917 w Oświęcimiu szpital dla dzieci chorych na jaglicę. Początkowo komitet biskupi opłacał koszta utrzymania i administrację szpitala, od 1 października 1919. subwencjonuje szpital Min. Zdrowia. Amerykanie dopomogli jednorazowym zasiłkiem. W 2 lata później szpital ten przeniesiono do Witkowic pod Krakowem. Od 1 lipca 1921 stacja w Witkowicach stała się własnością Uniwersytetu Krakowskiego i oddano ją pod kontrolę komitetu złożonego z profesorów. Odtąd, aż do tragicznego wybuchu w r. u. szpital ten chlubnie spełniał swe zadanie stając się ośrodkiem do walki z jaglicą, jak wynika ze sprawozdania Prof. Majewskiego (3) i Zacherta (11, 12). Od r. 1917—1921, leczono w tym szpitalu 802 dzieci i wypuszczono 645 uzdrowionych lub z polepszeniem, od r. 1922—1925 leczono 979 i wypuszczono 333 dzieci, z których większość (1246) opuściło szpital zupełnie uzdrowionych lub ze znacznem polepszeniem. Często spotykano u dzieci nawroty, okazała się więc potrzeba dłuższej obserwacji. Dla rekonwalescentów przeznaczono osobny pawilon, gdzie pozostawali przez 3 miesiące. Dzieci przyjmowano od 3—15 r. życia. W ostatnich czasach rozszerzono szpital na 300—400 łóżek.

Organizacja walki na zjazdach okulistycznych.

W niepodległej Polsce, skoro tylko okuliści polscy zjechali się na 1 Zjazd okulistyczny, jednym z głównych tematów Zjazdu było opracowanie planu walki z jaglicą. Za punkty wytyczne walki z jaglicą Zjazd ten uznał: 1) Uświadamianie ludności o następstwach tej choroby. 2) Praktyczne obeznanie słuchaczów medycyny podczas studjów, a lekarzy dyplomowanych na specjalnych kursach, ze stroną kliniczną i społeczną jaglicy. 3) Nadzór okulistyczny w szkołach, wojsku, fabrykach i t. d. 4) Rozszerzenie szpitalnictwa ocznego. 5) Przychodnie okulistyczne. Prof. Majewski poleca kontrolę granicy wschodniej, zakładanie specjalnych lecznic w rodzaju szpitala Witkowickiego oraz sanatorja leśne lub górskie dla dorosłych jagliczych, niezdolnych do pracy. Docent Reis (Lwów) chciałby widzieć przy Uniwersytetach: „Instytuty do badań nad etjologją i leczeniem jaglicy“, wyposażone dostatnio. Na 12 Zjeździe lekarzy i przyrodników (21) w r. 1925 ponowiono wniosek: a) Utworzenie instytutu do badań nad jaglicą z inicjatywy Reisa, b) walka z jaglicą możliwa jest tylko wtedy, kiedy wczas leczone będą wszelkie nieżyty spojówek.

Akcja rządowa.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zainicjowała w r. 1924 konferencję, w której, oprócz profesorów okulistyki wszystkich uniwersytetów polskich, brali także udział przedstawiciele władz rządowych. Przedmiotem tej konferencji, między innemi, było uzgodnienie dotyczących poglądów i ujednostajnienie kryterjów rozpoznawczych dla jaglicy w odróżnieniu od innych nieżytów spojówki. Postanowiono prócz tego przeprowadzić (5): 1) Badanie w zakładach sierocińców w kierunku jaglicy. 2) Tworzenie zakładów wychowawczych i leczniczych dla dzieci, dotkniętych jaglicą. 3) Przedkładanie rocznych statystyk chorych na jaglicę w szpitalach i ambulatorjach. 4) Rejestrację rekrutów, zwolnionych z powodu jaglicy. 5) Tworzenie przychodni przeciwjagliczych, w okręgach dotkniętych jaglicą. 6) Wyszkolenie trachomatologów. 7) Utworzenie inspektoratu dla chorych jagliczych.

Odtąd program walki z jaglicą przybiera realne kształty. Przy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia utworzono generalny sekretarjat dla walki z jaglicą i podjęto także walkę za pomocą gazet, masowych nalepek i afiszów, oraz ulotek, pouczających o zaraźliwości, niebezpieczeństwach i środkach zapobiegawczych przeciw jaglicy. W szkołach umieszczono afisze z napisami: Nie dotykajcie palcami swoich ócz, bo wasze palce zakażają wasze oczy“. Na niektórych wykładach popularnych pokazuje się filmy ligi przeciw jaglicy Prof. Aubera (5) z napisami, tłumaczonemi na język polski przez prof. Szymańskiego. Na półkach księgarskich ukazuje się piękny i wyczerpujący podręcznik prof. Majewskiego (4) o jaglicy dla ogółu lekarzy i studentów, wydany nakładem Kasy chorych w Krakowie (Lek. Prakt. Z. 1, 1926). W Warszawie urządzono kurs w szkole higieny dla wyszkolenia lekarzy w rozpoznawaniu i leczeniu jaglicy. Przy klinice okulistycznej U. J. K. we Lwowie urządzono cały szereg (na razie 7) czterodniowych, bezpłatnych kursów przeciwjagliczych pod kierownictwem Prof. Bednarskiego z udziałem asystentów Doc. Reisa i Dr. Naroga z kliniki i Dr. Musiała z oddziału ocznego dla lekarzy powiatowych, fizyków, lekarzy miejskich i wojskowych. Odbywają się wykłady popularne o jaglicy. Naczelnik Zdrowia Województwa Lwowskiego Dr. Mikołajski (9) urządził po większych miastach szereg konferencyj i referatów, zawiązał osobną wojewódzką komisję przeciwjagliczą. W większych środowiskach jagliczych tworzy się przychodnie przeciwjagliczе i zakłada się szpitale przeciwjagliczе. Dotąd mamy, prócz szpitala w Witkowicach pod Krakowem szpitale dla dzieci w Warszawie, w Wilnie, w Poznaniu, ogółem istnieje w tej chwili 10 Instytucyj dla dzieci jagliczych, gdzie może być równocześnie leczonych około 1500 dzieci. 47 nowych instytucyj tego rodzaju jest w trakcie tworzenia. W 7 instytucjach są chorzy leczeni systematycznie przez specjalistów. Prócz tego w różnych miejscowościach kraju zostało założonych 17 przychodni przeciwjagliczych i przewiduje się, że liczba przychodni wzrośnie w przyszłości. Stale leczą chorych na jaglicę kliniki, szpitale i kasy chorych. Specjaliści przeprowadzają wizytację w szkołach, w zakładach dla sierót, przy wojsku i wśród więźniów. Z rozporządzenia Min. Zdrowia ma się zgłaszać wszystkie przypadki jaglicy, podobnie jak przy innych chorobach zaraźliwych. Przy jednym z uniwersytetów ma powstać: „Instytut do badań nad etjologją i leczeniem jaglicy“, stosownie do wniosku na 12 Zjeździe lekarzy i przyrodników z r. 1925. W myśl inicjatywy, która wyszła z Kliniki Lwowskiej, byłoby życzeniem, ażeby taki instytut utworzono przy tejże klinice.

Jaglica u dzieci w zakładach.

Celem planowanej akcji zwalczania jaglicy w jej początkach zarządziła Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia przegląd dzieci w zakładach opiekuńczych i sierocińcach we wszystkich województwach. Był to już wielki krok naprzód dla usunięcia tego poważnego cierpienia. Zachert (11, 12) przeglądał dzieci w okręgu Krakowskim i znalazł na 3503 badanych dzieci w 56 zakładach opiekuń-

czych 694 dzieci chorych na jaglicę t. j. 20%, w 896 przypadkach t. j. 26% grudkowatość dobrotliwą, a w 103 przypadkach t. j. 3% inne schorzenia spojówki. Na 694 przypadków jaglicy stwierdził on w 638 przypadkach t. j. 92% typowe ziarna, w 56 zaś przypadkach t. j. 8% rozpoznał jaglicę mimo braku ziaren. W 30% przypadków był zajęty załamek górny, w 35% oba załamki w 25% cała spojówka powiekowa, w 6% głębsze nacieczenie, a w 4% przypadków były inne formy.

Z ramienia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia również przeprowadziłem w województwach wschodnich Małopolski przegląd dzieci w zakładach opiekuńczych i sierót. Stwierdziłem jaglicę w 115 zakładach, 22 zakładów znalazłem wolnych od jaglicy. Na 6531 badanych dzieci w zakładach stałych i na 41 dzieci przychodnich stwierdziłem 446 przypadków jaglicy sączącej t. j. 7.1%, 476 przypadków jaglicy suchej t. j. 7.2%, 16 przypadków podejrzanych o jaglicę t. j. 0,2%, 620 przypadków grudkowatości dobrotliwej t. j. 9%, 225 przypadków innych schorzeń spojówki t. j. 3%. W ogólności stwierdziłem 14.2% jaglicy. W tej liczbie było tylko 5 przypadków powikłanych z głębokiemi naciekami na spojówkach powiek i gałki i z łuszczką na rogówce, w 400 przypadkach był zajęty tylko załamek górny, w 350 oba załamki, w 106 cała spojówka powiekowa, w 56 głębsze nacieki, w 10 przypadkach jaglica bliznowata bez ziaren. W 476 przypadkach nie było objawów zapalnych, w 446 zaś były większe lub mniejsze objawy zapalne. Z innych schorzeń spojówki stwierdziłem w 225. przypadkach nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powiek, i zapalenie pryszczykowe. Na 620 przypadków grudkowatości dobrotliwej stwierdziłem w części nieżyt mieszkowy, w części przerost tkanki adenoidalnej, ograniczonej tylko do górnych załamków u dzieci limfatycznych.

Dr. Balikówna, która przeprowadzała równocześnie przegląd w innych zakładach, stwierdziła w Województwie Lwowskiem na 11 zwiedzonych zakładów, na 809 zbadanych dzieci 64 przypadków jaglicy, które uzupełniają moją statystykę. W województwie Stanisławowskiem stwierdziła ona na 18 badanych zakładów, na 1502 zbadanych dzieci 223 przypadków jaglicy.

Masowe badanie u dzieci jest bardzo pouczające i ma większe znaczenie, niż studjum doświadczalne ze względu na obserwację u osobników zdrowych naturalnych, najczęściej nieleczonych postaci jaglicy w najrozmaitszych okresach. Otóż w stanach prawidłowych u dzieci limfatycznych często spotykałem na górnych załamkach, w pobliżu kącików, grudki limfatyczne, występujące ograniczenie, kępkami. *(Granulosis conj. benigna)*, czasami grudki te można było stwierdzić w środku górnego załamka. Były one ułożone czasami w postaci guzkowatej pod bladą spojówką i większe znacznie od folikułów spotykanych przy nieżycie mieszkowym i od ziaren jagliczych. Czasami spotykało się wysepki większych grudek z przerostem jakby nowo-wytworzonych grudek na małej, ściśle ograniczonej części spojówki, wystających pęcherzykowato lub grzebieniasto ponad powierzchnię spojówki górnego załamka, o wyglądzie blado-różowym, przy bladej spojówce, przy braku rozpulchnienia i pofałdowania załamka, nie mające żadnych cech ziarna jagliczego. Przy badaniu na odwracadle powiek Desmarresa często grudki te gubiły się w napiętej spojówce załamka, czasami wystawały ponad powierzchnię i dawała się z nich wycisnąć ciecz surowicza. Nie było to nic innego, jak miejscowy przerost tkanki adenoidalnej. Przerost ten łatwo dało się usunąć wacikiem, a nierówność spojówki ustępowała po trzech dniach. Wyjątkowo taką dobrotliwą granulosis spotykałem na spojówkach dolnych powiek, co się tłumaczy mniejszą zawartością tkanki adenoidalnej na spojówkach dolnych powiek. Z drugiej strony spotykałem dużo przypadków (400) z początkową jaglicą na górnych załamkach. Zgodnie z autorami rumuńskimi (Michail, Dinulesco) i z Zachertem stwierdziłem przy masowem badaniu występowanie ziarenek w początkowych stadjach w głębi załamka górnego, jużto w postaci półksiężycowatego sznura ziarnistego, biegnącego od kącika zewnętrznego ku wewnętrznemu z przesunięciem w sąsiedztwie gruczołu łzowego i gruczołów dodatkowych Krausego, jużto z zajęciem połowy załamka i kącików, jużto z zajęciem całego załamka górnego, przyczem ziarenka rozmaitej wielkości były widoczne pod nabłonkiem spojówki. Nie ulega wątpliwości, że schorzenie jaglicze rozpoczyna się w tkance podnabłonkowej załamka spojówki w warstwie limfoidalnej i występuje w początkach ogniskowo przy bladej spojówce w sąsiedztwie. Zdaje się, że okres ogniskowy, ograniczony tylko do części załamka górnego, trwa krótko, a ziarenka rozprzestrzeniają się szybko i zajmują cały górny załamek, gdyż miałem sposobność spostrzegać wyjątkowo pojedyncze przypadki, ograniczone tylko do części załamka, natomiast w większości przypadków był zajęty cały górny załamek. Często przychodziło do rozpulchnienia i pofałdowania górnego załamka, następnie dopiero ziarenka rozprzestrzeniały się na fałdy boczne i na spojówkę załamka dolnego. Spojówka tarczki, mająca mało tkanki adenoidalnej pozostawała dłuższy czas oporna. Gro przypadków jaglicy u dzieci, to schorzenie załamków, naciek na rogówce z łuszczką należy do wyjątków. Początkowe stadjum jaglicy napotyka często duże trudności w ustaleniu rozpoznania. Jednorazowe zbadanie często nie wystarcza, trzebaby chorego obserwować klinicznie i śledzić co pewien czas, przebieg zmian. Obserwowałem bowiem kilka przypadków, w których po jednorazowym lub dwóch wytarciach wacikiem sublimatowym, albo po 2—3 tygodniowem leczeniu środkami chemicznemi zmiany rzekomo jaglicze ustąpiły bez śladu blizn po 2 tygodniach. Przy dokładnej klasyfikacji wychodziłem z założenia, ażeby przypadek początkowy o danych przemawiających za jaglicą, raczej wyodrębnić, mieć go w obserwacji i leczeniu, niżby pominięty z rozwojem jaglicy miał się stać zakaźnym dla otoczenia. Przypadki z zajęciem spojówek tarczki i nacieczeniem *(conjunctivitis granulosa diffusa, ophtalmia granulosa)* miano odesłać do szpitali, inne przypadki miały dwa razy dziennie dostawać protargol 5% i collyrium, co tygodnia na zmianę przez przeciąg conajmniej trzech miesięcy. Dwa razy tygodniowo miały zgłaszać się do lekarza miejscowego. W zakładach, gdzie stwierdzono większą ilość jaglicy miały wszystkie dzieci otrzymywać przez miesiąc zapobiegawczo cynk i collyrium, co tydzień na zmianę. Przypadki stwierdzonej i podejrzanej jaglicy miały być, o ile możności, oddzielone. Niektóre przypadki początkowej jaglicy, leczone w ambulatorjum kliniki, poprawiały się szybko, zmiany ustępowały bez pozostawienia blizn w przeciągu 4—8 tygodni. W niektórych przypadkach stwierdziłem, że po samem zapuszczaniu kropli: cynku, collyrium i protargolu 5% przez przeciąg 2 miesięcy w domu, chorzy zgłaszali się z całkowitem wyleczeniem. Największy nacisk w leczeniu ambulatoryjnem położono na leczenie mechaniczne: wycieranie wacikiem sublimatowym, masaż pałeczką szklaną i wygniatanie ziarenek w palcach, który to sposób skraca leczenie o połowę. Najcięższe przypadki jaglicy z głębszemi naciekami na spojówce tarczki zauważyłem u repatriantów rosyjskich. Do wyjątków należało dziecko z pośród repatriantów, któreby nie miało jaglicy. Nieczystość była momentem usposabiającym do jaglicy, czego dowód miałem przedewszystkiem w zakładzie umysłowo-chorych w Kulparkowie, gdzie stwierdziłem u 100 chorych jaglicę wydzielniczą, u 20 suchą na 260 zbadanych chorych i 11 pielęgniarzy, podejrzanych o jaglicę. Z pośród personalu pielęgniarskiego 2 miało jaglicę wydzielniczą, 2 suchą. Uderzającym jest mały procent jaglicy w zakładach żydowskich, co należy sobie tłumaczyć tem, że do zakładów przyjmowano dzieci, badane poprzednio przez specjalistę, okulistę, podczas gdy w innych zakładach przyjmowano dzieci wogóle niebadane. Samo badanie wymagało dużo nakładu czasu ze względu na trudności komunikacyjne, zwłaszcza we wschodniej Małopolsce.

Ze względu na umiejscowienie się zmian jagliczych u dzieci, przedewszystkiem na załamkach, powinno się używać do badania odwracadła powiek. W celach rozpoznawczych i do celów mechanicznego leczenia używa klinika lwowska najchętniej odwracadła powiek Desmarresa, lub zmodyfikowanego odwracadła przez Brana i Rostkowskiego (5), które wygięciem trzonka jest dostosowane do wyniosłości czoła. Zaletą tego modelu jest to, że powieki wywiniętej nie potrzeba przytrzymywać palcem, wygięty członek wymaga tylko lekkiego przytrzymania, przyczem załamek da się dobrze wynicować. Do wywinięcia dolnej powieki używa się najchętniej rozwieracza powiek Desmarresa, gdyż on jest do tego celu najlepiej dostosowany. Są przytem w użyciu i do demonstracji inne najrozmaitsze modele, jak rozwieracz powiek Zacherta. Można także używać do tego celu i w celach leczniczych grubszych szpilek do włosów kobiecych, zagiętych na szerokość opuszki palca od wygięcia drutu, jak to podała Elena Puscariu. (Revue d'trachome).

Statystyka jaglicy przed wojną.

W całym ruchu przeciwjagliczym spotyka się wśród lekarzy dwa prądy, mianowicie więcej słyszy się głosów, że jaglica wcale nie wzrasta, ale stwierdza się jej mniej. Drugie pytanie jest, czy wojna miała wpływ na rozszerzenie się jaglicy? Na te dwa pytania chciałbym dać odpowiedź. Najbardziej pouczające i poniekąd miarodajne byłyby cyfry statystyczne. Otóż prof. Machek (2) w swej bardzo dokładnej statystyce z przed wojny w Pamiętnikach 7 Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Pol. z r. 1896 podaje, iż na Klinice okulistycznej lwowskiej było za czas od r. 1892 do r. 1898 na ogólną ilość 8915 stałych chorych i 11892 ambulantów 5.938 przypadków jaglicy, 547 operacyj na powiekach i na rogówce z powodu jaglicy t. j. 28.54% jaglicy i 2.6% operacyj na powiekach. Jaglica stanowiła 56.6% wszystkich chorób spojówkowych. Z latami liczba chorych według Prof. Macheka spadła z 900 na 700 rocznie.

Za czas od r. 1903/4 do r. 1906/7 podają z kliniki okulistycznej lwowskiej Dr. H o ł o d y ń s k i i dr. A c h t na 21.178 ambulantów 3.345 przypadków jaglicy t. j. 15.7%.

Z zestawienia Prof. Majewskiego (22) wynika, iż na Klinice krakowskiej było w r. 1891 i 1897 na 5.845 ambulantów 794 przypadków jaglicy, w tem 431 mężczyzn, 251 kobiet i 112 dzieci t. zn. 13.6%. W roku 1918 i 1919 na ogólną ilość 10.911 ambulantów było 1195 przypadków jaglicy, w tem 648 mężczyzn, 339 kobiet i 148 dzieci t. zn. 10.9%. W przeciągu 20 lat zmniejszyła się zatem frekwencja o 2.7%. Prof. Majewski sądzi, iż to zmniejszenie byłoby większe, gdyby nie wojna, która sprzyja rozszerzaniu się chorób zaraźliwych. Przypadki poważne jaglicy stały się tam o wiele rzadsze. Za rok 1926 podano z tejże kliniki 1000 chorych jaglicych (22). Koszutski z Kalisza zgłosił za czas od r. 1910—1911 około 25% a za czas od r. 1918—1921 około 20% jaglicy (22).

Maciesza z Płocka podaje w przybliżeniu 16—18%, Acht z Drohobycza 10% chorych na jaglicę (22).

W Instytucie oftalmologicznym w Warszawie miano od r. 1904 do 1914 na 28.853 ambulantów 12.2%, od r. 1915—1920 — 7.5% chorych na jaglicę (22).

Dla całości obrazu rozszerzania się jaglicy ważna jest statystyka poborowych dotkniętych jaglicą. H. Trenkner przytacza za rok 1920—1921 w Królestwie 2.793 chorych na jaglicę w wieku poborowym. Ogółem uwolniono 8.750 rekrutów z powodu jaglicy w całej Polsce (22).

Oprócz statystyki klinicznej i poborowych dokładny obraz daje statystyka Dr. A. Kuhna (1), zestawiona według gmin. Kuhn zatem stwierdził w r. 1907 i 1908 w 1703 gminach Małopolski z ludnością 2.949.302 na 115.467 osób, dotkniętych chorobami ocznemi 13.911 przypadków jaglicy, zaś 4.792 przypadków podejrzanych o jaglicę. Z osób dotkniętych jaglicą 2.343 (18.8%) cierpiało na jaglicę świeżą, zaś u 1.353 osób (9.7%) jaglica była połączona z zajeciem rogówki. Było zatem 26.5% chorych na jaglicę.

Pewne światło mogłaby również rzucić lwowska statystyka kliniczna powikłań na powiekach. Otóż na powiekach, przeważnie z powodu jaglicy, wykonano za czas od r. 1901—1903 459 operacyj na klinice, 91 na oddziale ocznym na 2.131 chorych stałych i 16.181 ambulantów t. j. 3.6% na ogólna ilość chorych. Ogółem było przed wojną w Polsce 30.000 przypadków jaglicy. (Machek, Kuhn, Buchwald, Likiernik).

Statystyka jaglicy po wojnie.

Po wojnie liczba chorych jagliczych na Klinice okulistycznej lwowskiej zmniejszyła się. W roku 1920/21 na 6663 ambulantów było 609 przypadków chorych na jaglicę t. j. 9.1%, w r. 1924 na 7176 ambulantów 608 przypadków jaglicy t. j. 8.5%, w r. 1925 na 7728 ambulantów było 687 przypadków jaglicy t. j. 8.7% jaglicy, w r. 1926 na 7147 ambulantów było 789 przypadków jaglicy t. j. 11% jaglicy. Na przeszło 1000 akademików było w r. 1926 5 przypadków jaglicy.

Liczba przeprowadzonych operacyj na powiekach przeważnie z powodu jaglicy, zmniejszyła się również. Od r. 1921/22 do 1925/26 przeprowadzono na 37. 165 ambulantów i 2553 chorych stałych 136 operacyj na powiekach na klinice i 508 na oddziele ocznym t. j. 1.6%. Stosunkowo do ilości ambulantów procent operacyj na powiekach zmniejsza się z cyfry przedwojennej 2.6% i 3.6% na 1.6% po wojnie.

Dla dokładniejszej kontroli prowadzi klinika okulistyczna lwowska od 1 stycznia 1925 osobną książkę dla chorych jagliczych, która pozwala na bliższe zestawienie chorych na jaglicę. Otóż stosownie do zestawienia w którym pomocną mi była Dr. Seidlerówna cierpiało w r. 1925 na jaglicę ze względu na zawód 203 robotników, 174 bez zajęcia (wliczone sieroty), 130 rolników, 64 utrzymywanych przy rodzinie, 58 inteligentów, 35 rzemieślników i 23 kupców, w roku 1926 — 197 rolników, 169 robotników, 167 na utrzymaniu rodziny, 89 inteligentów (wliczeni uczniowie), 60 bez zajęcia (wliczone sieroty), 59 rzemieślników i 21 kupców. Jak widać z zawodów największa ilość chorych przypada na warstwy najbiedniejsze t. j. robotników, dozorców, służące, dziennych robotników, fryzjerów, rolników i ludzi bez zajęcia.

Klinika warszawska (8) podaje również za ostatni rok na 5000 ambulantów około 420 chorych na jaglicę t. j. 10%.

Pomiędzy rekrutami po wojnie w r. 1924 stwierdzono na 272.851 poborowych 3324 zarażonych jaglicą, t. j. 10.4% (9).

Według spisu szpitali, ambulatorjów etc. było w całej Polsce w r. 1924 — 23.861 zarażonych jaglicą (9).

Naczelnik Zdrowia Dr. Mikołajski podaje, stosownie do rocznika statystycznego Ligi Narodów za r. 1925, iż w całej Polsce zgłoszono w tych latach zachorowań na jaglicę: w r. 1921 — 2425 przypadków, w r. 1922 — 2737, w r. 1923 — 4061, w r. 1924 — 2954, w r. 1925 — 4751.

Widoczny i największy przyrost chorych na jaglicę spotyka się po wojnie u dzieci. Ogółem na 41.833 badanych dzieci było w sierocińcach 4.833 chorych na jaglicę t. j. 12% (Szymański 5). W 4 zakładach sierocińców leczono w r. 1924 — 986 przypadków jaglicy, zaś w r. 1925 w 7 zakładach 1680 dzieci.

Porównując statystyki z przed wojny, gdzie procent chorych jagliczych przekraczał znacznie często liczbę 20%, ze statystyką po wojnie, gdzie procent utrzymuje się w ramach około 10%, możnaby na pierwsze postawione pytanie dać odpowiedź, że po wojnie niema w Małopolsce przyrostu chorych jagliczych, raczej liczbowy ubytek pomimo przyłączenia nowych obszarów wschodnich do Małopolski z chwilą utworzenia Państwa polskiego. Również i wojna w naszych warunkach nie miała tak dalece wpływu na rozrost jaglicy, gdyż wszyscy zdatni i mniej zdatni, powołani do służby, leczyli się po szpitalach. Ażeby zwolnić się od służby frontowej raczej wyszukiwali wszystkie możliwe choroby, a nawet umyślnie się zakażali. podczas gdy poprzednio usuwali się od leczenia. Zjawisko to tłumaczy nam dużą ilość chorych, skupionych w wojskowych barakach jagliczych. Dokładne jednak zestawienie i porównanie szerzenia się jaglicy w czasie lat napotyka na duże trudności wobec braku dokładnych, miarodajnych statystyk z ogółu ludności.

Generał T. Bałłaban (18, 19) podaje w swej rozprawie, że w czasie wojny pomimo obaw wybuchu epidemji jaglicy z powodu nagromadzenia i wspólnego przebywania wielkiej ilości ludzi różnych oddziałów i krajów, ilość żołnierzy chorych na jaglicę była procentowo nawet mniejsza, aniżeli w czasach pokojowych, a w żadnej armji nie wybuchła poważniejsza epidemja jaglicy. Przypisać to należy bezsprzecznie w głównej mierze długotrwałemu pobytowi żołnierzy w czystem powietrzu, którego działanie wpływa prawdopodobnie korzystnie na przebieg i leczenie jaglicy, jakoteż i tej okoliczności, że jaglica tylko w okresie ostrym jest zakaźna. Sądzę, że w okresie chronicznym i suchym należy przyjąć bardzo małą i wyjątkową zaraźliwość.

Olbrzymi przyrost chorych jagliczych daje się bezsprzecznie zauważyć po wojnie jedynie u dzieci wskutek braku opieki i zaniedbania oraz gorszych warunków higienicznych. W zakładach opiekuńczych, sierocińcach i ochronkach jest zgromadzonych około 80.000 dzieci, często bez opieki lekarskiej i w dość złych warunkach higienicznych. Około 18.000 dzieci przeważnie zarażonych jaglicą wróciło po wojnie z Rosji, gdzie ma być olbrzymi procent chorych na jaglicę. Szpital przeciwjagliczy w Baranowiczach, jako centrum na granicy rosyjskiej, nie mógł spełnić swego zadania wobec dużej ilości chorych. W zakładach sierocińców musiała się szerzyć jaglica wobec tego, że przyjmowano do zakładów dzieci bez badania lekarskiego, zarażone jaglicą, które kwalifikowały się do szpitala. W kilku zakładach stwierdzono jaglicę sączącą u służby, która również była źródłem zakażenia i w tych zakładach odsetek chorych był największy.

Zapobieganie i stopień zaraźliwości jaglicy.

Ażeby zapobiedz szerzeniu się jaglicy należałoby rozciągnąć kontrolę nad przybyszami z krajów, w których szerzy się jaglica. (Rosja sowiecka bowiem miała w r. 1924 — 381.961 przypadków zgłoszonej jaglicy, Czechosłowacja ma mieć według urzędowych cyfr 50.000 przypadków) roztoczyć nadzór nad emigranatami sezonowymi, wydać ustawę o walce z jaglicą. Należałoby stworzyć dla wschodniej Małopolski osobny zakład dla dzieci (sierocińców) i szkołę powszechną dla chorych jagliczych, prócz utworzonych zakładów w innych punktach Polski. Dane bowiem statystyczne wskazują na konieczność walki przeciw jaglicy, procent zaś ślepoty wskutek jaglicy, według Gepnera 13% (22) na ociemniałych starców, przemawia za energiczną walką.

Ponieważ szpitale nie byłyby w stanie pomieścić wszystkich chorych na jaglicę, a rząd niema funduszów na zakładanie całego szeregu nowych szpitali, zatem cała walka musi postępować nie po linji centralizacji, ale po linji decentralizacji. Dlatego wyszkala się lekarzy miejskich i trachomatologów, gdyż ci w miejscu mogą mieć chorego przez dłuższy czas w opiece i wglądnąć w jego stosunki domowe oraz zbadać otoczenie chorego. Jaglica bowiem, jak mieliśmy sposobność przekonać się nieraz, nie dotyczy jednostek ale najczęściej całych rodzin.

Sama zaraźliwość jaglicy jest nieznaczna, musi bowiem przyjść pośrednio albo bezpośrednio do przeniesienia się wydzieliny z oka chorego do oka zdrowego, ażeby nastąpiło zakażenie. Często mimo przedostania się wydzieliny nie przychodzi do zakażenia, gdy worek spojówkowy jest odporny, zwłaszcza przy braku nieżytu spojówek, który jest momentem usposabiającym do powstania jaglicy, W niektórych rodzinach występuje zakażenie pomimo wspólnego pomieszkania dopiero po kilkunastu latach u innych członków rodziny i to najczęściej przy osłabionej odporności wskutek nieżytów spojówki. O słabej zaraźliwości świadczą przypadki jaglicy na

jednem oku, długo się utrzymujące, bez przeniesienia się na drugie oko. Gen. dr. Bałłaban (18) odróżnia wydzielinę ostrej jaglicy, która jest zakaźna i wydzielinę jaglicy przewlekłej i powrotnej, która jest nieżytowa i niezakaźna. Jednakowoż ostatnie badania autorów amerykańskich wykazały, że i jaglica bliznowata może być zakaźną, rozumie się w wyjątkowych przypadkach. Przy masowem leczeniu jaglicy w barakach wojskowych w Bakończycach pod Przemyślem, w czasie wojny, pomimo częstości wpadnięcia wydzieliny do oka lekarza przy wyciskaniu ziarenek, zakażenie wystąpiło tylko u jednego z medyków na 8 zatrudnionych. Zdaje się również domniemany zarazek ulegać degeneracji, jak to się dzieje z innemi zarazkami chorób zaraźliwych, przy których z latami nasilenie objawów jest mniejsze, niż to było w czasie wybuchu epidemji.

Spotyka się bowiem wyjątkowo pojedyncze przypadki jaglicy zaniedbanej w ostatnim okresie rozwoju, nieleczone, z bardzo ciężkiemi zmianami, jakie to przypadki mieliśmy w leczeniu na klinice. Przypadki te rekrutują się ze wschodnich kresów i odnoszą się do *„stadium terminale"* jaglicy *(„xerosis parenchymatosa degenerativa")* z zeskórnieniem rogówki. W tych to przypadkach stwierdzono odsznurowanie gruczołów łzowych ze zmniejszeniem się wydzieliny łzowej, zwężenie punkcików łzowych, zbliznowacenie tkanki adenoidalnej, zeschnięcie spojówki i rogówki w postaci błony z masowem złuszczaniem się nabłonka. Jako wyraz procesów degeneracyjnych stwierdzono w świetle lampy szczelinowej wakuole i liczne, połyskujące kryształki cholesteryny w nabłonku rogówkowym. Przy grubej łuszczce jagliczej stosowano w kilku przypadkach z dobrym skutkiem wstrzykiwania podspojówkowe roztworu pepsyny $^1/_2$%. W kilku przypadkach wykonano przy grubej łuszczce wydobycie zaćmy starczej i wszystkie te przypadki dały wyniki zadowalniające.

Takich ciężkich przypadków z kserophtalmią, prowadzącą do ślepoty, nie będzie, gdy w czas się będzie leczyć nieżyty spojówek i jaglicę w początkach. Chorobę zniszczy się w zarodku z chwilą podniesienia kultury najbardziej zaniedbanych jednostek społeczeństwa.

Obecnie kiedy ma wyjść ustawa o jaglicy, powinna ona ostrożnie rozciągnąć kontrolę i przymus leczenia przedewszystkiem na warstwy najbiedniejsze i zaniedbane, uświadomieni i inteligentniejsi i tak będą się leczyć. Stwierdzenie u kogoś urzędownie jaglicy, o czem się dowie jego otoczenie, może nadać choremu i jego rodzinie wobec istniejących przesądów znamię (stigma) zakażonego, od którego wszyscy będą stronić. Zachodzi więc obawa przed pokątnem leczeniem. Musi się również pomyśleć o zasiłku państwowym na czas leczenia dla tych, którzy z pracy rąk utrzymują rodzinę, a na wypadek szpitalnego leczenia będą członkowie przez nich utrzymywani, pozbawieni środków do życia.

Piśmiennictwo.

1) Kuhn: Głos lekarza, 1912. Nr. 10. — 2) Machek: Pamiętnik 7 Lek. Pol. i Przyr. 1895. — 3- Majewski: Pres. Med. Nr. 92, 1921. — 4) Majewski: Jaglica. Lek, prak. Z. 1, 1926. — 5) Szymański: Rev. trach. 1926, Nr. 3. — 6) Noiszewski: Klin. ocz. Z. 4. 1926. — 7) Kapuściński: Akad. nauk. lek. 1921. — 8) Melanowski: Kal. lek. Waszawa, 1927. 9) Mikołajski: Lek. pol. 1927, Nr. 4. — 10) Reiss: Pol. Gaz. lek. 1926, Nr. 5. — 11) Zachert: Rev. trach. Nr. 1, 1927. — 12) Tenże: Klin. ocz. Nr. 1, 1926. — 13) Kleczkowski i Karelus: Pol. akad. umiej. w mat. przyr T. L. 10, 1920. — 14) Michail: Arch. d. opht. 1921. — 15- Birch: Hirschfeld: Zeitschr. f. A. 1923. — 16) Puscarie: Rev. trach. Nr. 4, 1926: — 17. Zachert: Pol. Gaz. lek. Nr. 22, 1926: — 18) T. Bałiaban: Ocena jaglicy, 1919. — 19) Tenże: Wskazówki do rozpoznawania i lecz. jaj. chor. ocznych 1919. — 20) Bargy: Clin. opht. 1927, Nr. 4. — 21) Księga pamiątkowa 12 Zjazdu lek. i przyr. 1925. — 22) Pamiętnik 1 Zjazdu okul. pol. 1921. — 23) Naróg: Pol. Gaz. lek. Nr. 13, 1926 — 24) Tenże: Pol. Gaz. lek. Nr. 51 i 52, 1926. — 25) Tenże: Amer. Jourl. of opht. 1926, Nr. 10. — 26- Gabel: Warszawskie Czasop. lek. Nr. 3, 1927. Wskazówki, dotyczące badania lekarskiego wychodźców.

Z HISTORJI MEDYCYNY POLSKIEJ.

Dr. med. i fil. Józef FRITZ. Lwów.

Najstarszy zabytek polskiej literatury pedjatrycznej.

(Wykład wygłoszony przy otwarciu III Zjazdu Pedjatrów polskich we Wilnie 26. czerwca 1927).

W chwilach dla Pedjatrji polskiej uroczystych a dla jej rozwoju tak ważnych, jak obecna, gdy z dalekich kresów Polski przybyli jej przedstawiciele dla wymiany zapatrywań na ostatnie zdobycze tej gałęzi nauk lekarskich, nadarza się sposobność snucia rodzimej tradycji, nawiązania do wspomnień z odległej przeszłości i oddania należnej czci jej pracownikom z dawno minionych wieków; kult przodków bowiem rodzi wielkie czyny i dodaje sił do dalszej pracy.

Przed trzema laty przy otwarciu Zjazdu poznańskiego omówiłem renesansowy traktat o chorobach dziecięcych Hieronima Mercuriale [1]), kreśląc przed oczyma szanownych słuchaczy dostojną sylwetkę kochanego tegoż ucznia, lekarza i pedjatry polskiego, burmistrza Poznania Hieronima Chrościejowskiego. Analizując to dzieło przedstawiłem Państwu zrąb pedjatrji drugiej połowy 16. stulecia w Europie zachodniej.

Dziś chciałbym parę słów poświęcić nierównie droższej jeszcze relikwji dla dziejów pedjatrji polskiej, najstarszemu pomnikowi z jej piśmiennictwa. I dziwnie się składa, że tu na wschodzie Polski wydobywam z pyłu zapomnienia zabytek, który jako część większej całości z języka polskiego niebawem na drugi słowiański język przełożony był również pierwszą książką lekarską naszego sąsiada w jego ojczystej mowie a więc źródłem dla szerzenia wiadomości z dziedziny opieki nad dzieckiem na wschodzie Europy [2]).

Tem droższą jest podkreślam owa stara księga, obecnie tylko w kilku zaledwie egzemplarzach uszkodzonych dochowaną, że jest pierwszem wogóle dziełem lekarskiem polskiem.

Czterysta lat upływa — wielki to szmat czasu — gdy w oficynie drukarskiej Florjana Unglera w Krakowie żywo gwarzono nad tem że „wiele miast w tey tho slawney Koronie, iako y indzie Lekarzow y aptek miec nie mogą. Snadzby sie wiele zacznych ludzi a rzeczy pospolitey potrzebnych wyleczyło, Ale iże porady lekarzkiey nie mają: muszą przed czasem zchodzić z tego swiata" [3]). Przodował w tych rozmowach Hieronim Spiczyński, patrycjusz i rajca krakowski rozmiłowany w ojczystej mowie i dbały o jej rozwój. Na jego to zda się polecenie podjął się krakowski drukarz, który jak głosi czcigodna księga „Księgi Polskie, nigdy nie bywałemi bukszthaby drukował„ [4]), rzeczy wończas wielkiej, wydania dzieła w rodzaju ogrodu zdrowia, któreby dla celów praktycznych przeznaczone ujmowało w formę popularną całokształt ówczesnej wiedzy lekarskiej i nauk przyrodniczych i było każdemu pomocą.

Stefankowi Falimierzowi dworzaninowi Tęczyńskich z Kraśnika, którego Marcin z Urzędowa w swym Zielniku mieni rusinem polecono ułożyć część przyrodniczą, zaś nad lekarską pilnie pracowali wertując średniowieczną literaturę, kompilując i tłumacząc Jędrzej Glaber z Kobylina, wielkopolanin niemieckiego pochodzenia, autor nauki o położnic ratowaniu i o krwie puszczania, późniejszy profesor krakowskiej Akademji oraz inni, może medycy lub korektorzy hallerowskiej oficyny, jak Szymon z Łowicza, twórca polskiego mianownictwa lekarskiego albo Jerzy Zimmermann. Różnego więc pochodzenia ludzie jęli się wspólnej pracy dla chwały jednej ojczyzny. Ukazał się też niebawem ten pokaźny kwartant z wielką pilnością przez Unglera imprymowany jak mówi ostatnia jego karta i w wigilją świąteczną szczęśliwie dokonany lata od narodzenia Bożego 1534 w Krakowie [5]).

Zawiera on prócz rozdziałów O ziołach y o moczy gich, O paleniu wodek z ziół, Olejkoch przyprawianiu, rzeczach zamorskich, zwierzętach, o Ptaczech y o Ribach i t. d. pomieszczonych w czterech częściach jako piątą lekarską traktaty o urynie, naukę o pulsie odpowiadające dzisiejszej medycynie wewnętrznej, o rodzeniu dziatek, o niemocach dziecinnych a więc położnictwo i pedjatrję, o nauce gwiazdecznej, stawianiu baniek, puszczaniu krwi, rządzeniu czasy powietrza morowego t. j. higjenę i djetetykę w chorobach zakaźnych, o nauce barwierskiej t. j. chirurgję i inne. Sam fakt, że w zestawianiu tego dzieła nie pominięto wiadomości z zakresu pedjatrji zasługuje tem bardziej na podniesienie, że w wieku złotym w Polsce opieki nad dzieckiem prawie że nie było. Świadczy o tem może najlepiej przywilej Zygmunta Augusta z r. 1552 dla szpitala sierót w Gdańsku wydany, który grozić musi,

---

[1]) De morbis puerorum tractatus locupletissimi... ex ore excellentissimi Hieronymi Mercurialis Foroliniensis... digesti opera Johannis Chroscieyoiowsky... Venetijs 1583., por. Józef Fritz: Z dziejów pedjatrji 16 stulecia w Archiwum Historji i Filozofji Medycyny t. I., str. 245 — 66.

[2]) Notatkę W. Richtera: Geschichte der Medizin in Russland Moskwa 1813. I. 324 o legendarnym zielniku polskim z r. 1423 należy odnieść do Falimierza., por. Rostafiński: Nasza literatura botaniczna 1888 Kraków (Pam. Akad. Umiejętn. t. XIV.). O przekładzie Falimierza na język rosyjski zobacz L. Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do historji sztuki lekarskiej w Polsce, Poznań 1839 t. I., str. 90/91.

[3]) Por. Falimierz (F) wyd. Kraków 1534., fol. 2 a.

[4]) F: list 119 a.

[5]) Tytuł brzmi: O ziolach y o moczy gich... Cum gratia et Privilegio 1534 4⁰. Kraków Florjan Ungler.

że każdy, kto był winien śmierci dziecka podrzuconego i przez psy i świnie pogryzionego głowę ma dać.

Sam traktat pedjatryczny zawarty w wymienionem dziele nie wiele wprawdzie zajmuje miejsca, bo tylko 7 i pół karty i nosi tytuł: Lekarzstwa o rozmagitych niemoczach Dziecinnych [6]), poprzedzają go jednak dwa rozdziały 1, 11 z rozprawy o rodzeniu dziatek, które swą treścią należą do części pedjatrycznej. Tytuły ich są: Jako dziecie nowo narodzone chowacz zywic a lekowacz i O Mleku y o Mamcze, Albo iako długo ma byc dziecię doiono, ostatni zaś rozdział posiada jeszcze dodatek: Rzeczy mleko mnozącze: ty są [7]). Obie części razem obejmują 10 kart. Część pierwsza podaje higjenę oraz sposoby odżywiania noworodka i oseska, druga zaś nosologię oseska i dziecka starszego nie oznaczając granicy wieku. Początek tejże brzmi: „Lekarzstwa o rozmagitych niemoczach Dziecinnych, w które richło po porodzeniu wpadaią, A zwłaszcza thu o takowych niemoczach oznaymię: które często a pospolicie na nie przychodzą i opuszczaiącz insze. O których Auicenna y rasis piszą [8]).

Autor rozpoczyna swe rady chwilą urodzenia dziecka, pouczając, że należy na trzy palce od ciała uciąć pępowinę, zaopatrując ją dobrze, namazać skórę noworodka olejkiem z żołędzi, „bo on skóre twardzi a nieiako brony przeciw tym rzeczam któreby miały subtelność ciała urazić“, poczem umyć letnią wodą „nozdrze mu palczem (obrzezawszy paznokieć) otworzyć, a wyczyścić, lekko z nienagła [9]). Następnie zauważa, że dobrze jest mu owego olejku trochę wpuścić do oczu (co przypomina zabieg Credégo) oglądnąć odbytnicę, poczem skąpać w ciepłej wodzie. Zwrócić należy zdaniem autora uwagę na powijanie; dziecię ma być silnie i prosto powinięte, bo tylko wtedy prosto rosnąć będzie mogło. Ta stara zasada, zwalczana już w starożytności utrzymała się u nas dotychczas, zwłaszcza wśród ludu. Dziecię leżąc w pieluszkach powinno mieć rączki wyciągnięte wzdłuż tułowia, głowę przy spaniu podniesioną i nakrytą, by ani księżyc ani słońce nań nie świeciły. Dwa razy dnia zawsze po spaniu myć je należy, w zimie w ciepłej, w lecie w letniej wodzie kąpać, kąpiel ma trwać tylko do zarumienienia się skóry dziecka, poczem się wyciera, masuje lekko gimnastykując i wstrzykuje 2 — 3 krople mleka do nosa, bo to wzrokowi bardzo pomaga. Ułożywszy je do snu nie należy wiele kołysać i zwłaszcza po ssaniu, kąpać można 1 — 2 razy dziennie. Autor podkreśla konieczność karmienia piersią. Karmić dziecię powinna sama matka i tylko matka albowiem: „Nicz lepszego ani zdrowszego, jedno gdy własna matka: swogim ie wlasnem mlekiem wychowa. Bo mleko własnej matki: przyrodzeniu niemowiątku: bardzo sluży, a iest iemu własne. O krom thego iest iemu sytnieysze: bo sie mu przyłozyło, y nim sie wychwało w żywocie będącz. Nad to mleko matki iemu zdrowsze, przeto też richley sie nim utoli“ [10]). Przykładać do piersi można częściej, jednak nie przekarmiać, bo dziecię pokarm sobie obrzydzi, jeśli zaś jest ono już zbyt „obrzękłe“ z jedzenia należy je trochę głodzić. Jeśli matka sama nie może karmić, należy przyjąć dziecku karmicielkę. Właściwości dobrej karmicielki są: „Naprzod aby była zdrowa, czudney osoby, w pleczoch moczna a w piersiach szyroka. Potym aby ona nie była: nadaley we dwa miesiącza, A gdyby taka mogła być: ktoraby otroka porodziła. Trzecie aby była zupełnego ciała, ani barzo tłusta, ani barzo chuda. Czwarta aby była dobra, mierna, dobrich obyczaiow, nie gniewliwa, ani barzo sroga, ani też straszliwa, Abowiem takowe namienności szkodliwe są, bo y mleko psuią, y społem z mlekiem w przyrodzenie y w obyczaje z sączego dziecięcia wychodzą„ [11]). Mleko karmicielki powinno być białe i słodkie, o jego dobroci, nad którą wiele debatowali starzy pedjatrzy, przekonywa próba paznokciowa. Autor znając widocznie stosunki ostrzega, by nie brać na karmicielki: „głupich, albo też układnych, to jest swowolnych, Jako są prządki, szwaczki, hawtarki. Y insze takowe warzstatniczki“ [12]).

Przyczynom zaniku mleka poświęcono osobny rozdział; powodują go choroby, zaziębienia piersi i ich zatkanie, głód i brak w pożywieniu rzeczy, które mleko mnożą. Higjena życia codziennego, liczne lactagoga, suche bańki, masaż piersi zwiększają ilość mleka. Karmić należy tylko przez rok, jak to w Polsce jest zwyczajem, odłączać powoli przez dokarmianie kołaczkami z chleba i cukru.

Część druga zestawia obszerną terapję chorób dziecięcych z krótką jednak ich patologją. Składa się z 32 ustępów, z których każdy zajmuje się jedną chorobą. Opisy niektórych są tak krótkie, przy innych podano jedynie nazwę, że z trudnością tylko można je z dzisiaj ujętemi jednostkami chorobowemi porównać. Przeważa terapja, co jest charakterystycznem dla starej medycyny, obecnie zaś dla ludowej, nie chodziło bowiem tyle o stawianie djagnozy lecz o staranne leczenie pacjenta. Na pierwszym planie są zaburzenia w odżywianiu a mianowicie: biegunka, zapieczenie, kurczenie; bolenie i kruczenie żywota, wydymanie, niespanie, wracanie, poczem idą schorzenia dróg oddechowych jak kaszlanie i sapka, ciężkie dychanie, częste kichanie, dalej choroby systemu nerwowego, wrzód mózgowy, bojaźń przez sen, Św. Walentego niemoc, drżenie członków i napuchnienie oczu (odpowiada dzisiejszemu pojęciu wodogłowia). Wśród innych wymieniono: krostki, które się na języku czynią, owrzodzenia dziąseł i wszystkich usteczek, płynienie nieczystości z uszek, bielmo, gorączkę, napuchnienie wszitkiego ciała, zapalenie dymionek, oprzenie łonka, wyjście pepka i jelita, suchoty, kamień, rozokość t. j. krzywy wzrok i oczywiście glisty.

Uderza nas prawie, że zupełny brak chorób zakaźnych i wysypek, chociaż w starej pedjatrji wymieniano ich dwie grupy: Variclae (krostki) i morbilii (wysypki plamiste). Nieco więcej szczegółów podano przy opisie pleśniawek i pęcherzycy, wymieniając jej formę krwawą, padaczce, kamieniu i glistach wśród których określono osobny rodzaj glistę leżącą niedaleko jelita odchodowego.

Z tego zestawienia i z opisów nie możemy nabrać wyobrażenia o jakości lub częstości schorzeń dziecięcych w Polsce przy końcu średniowiecza.

Terapja zalecana opiera się o zasady hipokratesowskiej patologji humoralnej. Przez wpływanie na organizm karmicielki, poprawianie jej soków i pokarmu leczy się dziecko ogólnie, zaś lokalnie stosuje się nacierania miejsc schorzałych, smarowanie olejkami, okłady z ciał gorących lub płynów, zmywanie zimną wodą w której rozpuszczono różne leki, zasypywanie proszkami z ziół, płukanie, wkładanie setonów, czopków, wkraplanie, smarowanie okolic sąsiednich n. p. skroni, ucha, „pulsów“, kręgosłupa, działanie na całą skórę przez kąpiele np. w gorączce, obwijanie chustami, okadzanie ciała, specjalne ułożenie go, wreszcie zabiegi chirurgiczne. Środków lekarskich jest legjon, są one przeważnie pochodzenia roślinnego. Skuteczność leku stwierdza autor zauważając: silnie pomaga, bardzo dobrze pomaga, jest w dziwy dobre lekarstwo, uznasz mocz użyteczną tego lekarstwa i t. p., uwagi z których wynika, że stosowano je rzeczywiście w praktyce. W spisie leków i zestawieniu chorób znajdujemy również wiele wierzeń ludowych i wróżb. Z pępowiny dziecka pierworódki określa się np. ilość następnych porodów, płeć przyszłych dzieci i t. p. Zapodania te mają wartość dla badań zwyczajów i wierzeń ludowych w Polsce, bo są własnością autora i nie znajdują się w tekstach przez niego wyzyskanych.

Głównem źródłem naszego traktatu było dzieło Avicenny: Liber canonis, I księga rozdział: De regimine infantis. Nieznany autor przełożył je częściowo, dodając jednak wiele własnych uwag i szczegółów z zakresu terapji. Zaglądał on jednak przy pracy i do innych ksiąg lekarskich, sam bowiem wymienia Razesa [13]). Ta metoda pracy naukowej a właściwie kompilacji była wówczas czemś zwykłem. Wiadomości nie zmieniały się szybko i nie starzały, co było kanonem wiedzy w połowie średniowiecza, zachowało swą wartość jeszcze z końcem tegoż. Jeśli zaś porównamy polski traktat z innemi współcześnie używanemi na zachodzie Europy np. z podręcznikami pedjatrycznymi Bagellardiego we Włoszech lub Mettlingera w Niemczech, które wydano 50 lat wcześniej, to nie wiele znajdziemy między niemi różnic, w niczem też on im nie ustępuje. Wszystkie płyną z tych samych źródeł, a używając ich, posługują się jedną metodą, zestawianiem możliwie obfitych wiadomości bez kontroli własnej.

Lecz nie w tem wolno nam szukać prawdziwej wartości małego traktatu. Autor jego nie był odkrywcą nowych wiadomości i praw, które przyniosły dopiero badania wielkich fizjologów 18 stulecia lecz zasługą jego będzie myśl i pragnienie, by ujawszy starą wiedzę służyć społeczeństwu i dziecku polskiemu i móc przemawiać do niego w języku ojczystym. Pamiętajmy o tem, że z wiadomości tych kilku rozdziałów czerpały przez parę wieków poradę matki polskie przy chowaniu swych dzieci i ich lekowaniu. W niejednym dworze magnackim lub szlacheckim dworku, w niejednym domu mieszczanina pilnie czytano przy narodzeniu się nowego dziecka porady tej oto starej księgi (a było jej wydań w w. XVI jeszcze kilka) i według niej chowały się pokolenia, wśród tych

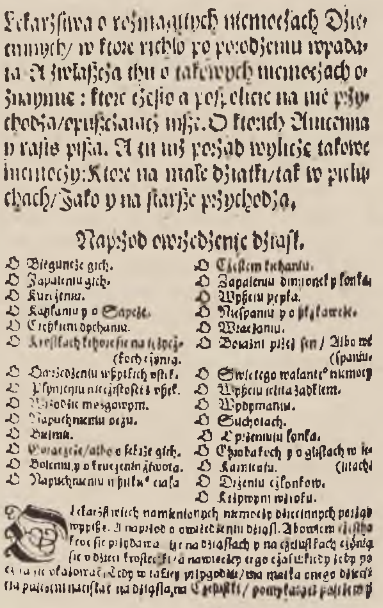
[6]) list 37 b.
[7]) F. 37 a.
[8]) F. 37 a.
[9]) F. 35 a.
[10]) F. list. 35 b.
[11]) F. list. 36 a.
[12]) list 36 a.

[13]) Obszerna ma praca o źródłach traktatu pedjatrycznego, omówionego obecnie tylko krótko, poruszająca sprawę źródeł Pamilierza wogóle wyjdzie w Archiwum Historji i Filozofji Medycyny.

zaś jednostki, które orężem, piórem lub żywem słowem mnożyły sławę swej ojczyzny. Wiele wiadomości w tym nikłym traktaciku zawartych, zwłaszcza w jego części o higjenie dziecka było prawdami dyktowanemi przez samą naturę np. konieczność karmienia piersią, które i dziś jeszcze pozostają niewzruszone. Kto wie, ile ostanie się z dzisiejszych mnogich statystyk, prób szczepień, kontroli i t. p. w pedjatrji, o których i w naszych obradach wkrótce posłyszymy, za lat 400. Czy nie zginą one zupełnie, lub może nawet stanie się niedorzecznością i pośmiewiskiem to, co dziś mieni się być dumnie wielkiem odkryciem. Z trudnością zdoła je zauważyć argusowe oko historyka za lat półtysiąca, najstarszy jednak acz drobny zabytek pedjatrji polskiej zachowa zawsze swą wartość i będzie pierwszą kartą w księdze jej dziejów, które napisane być powinny.

Możemy więc spokojnie powtórzyć z H. Spiczyńskim, inicjatorem tego dzieła słowa umieszczone na końcu Zielnika Falimierzowego, choć proste formą ale szczere i prawdziwe:

„Mieyże dzięk z tey pracze miły Florijanie,
„Łaską swą pamiętać ci to będą Polanie,
„Zeć twa prasa ięzyk nasz ślicznie wytłoczyła,
„A narodowi Polskiemu sławę uczyniła.


Lekarzstwa o rozmaitych niemocach Dzieciinnych/ w ktore rychło po porodzeniu wpadaią. A zwłaszcza tu o takowych niemocach oznaymnie: ktore często a pospolicie na nie przychodzą/opuszczaiąc insze. O ktorych Auicenna y rasis pisza. A tu iuz porząd wylicze takowe niemocy: Ktore na małe dziatki/tak w pieluchach/Jako y na starsze przychodzą,

Naprzod owrzedzenie dziąsł.

O Biegunce gich. — O Częstem kichaniu.
O Zapaleniu gich. — O Zapaleniu [illegible] y konka.
O Kurczeniu. — O Wypzeniu pępka.
O Kaszlaniu y o Sapce. — O Niespaniu y o [illegible]
O Ciezkiem dychaniu. — O Wracaniu.
O [illegible] — O [illegible]
O [illegible] — O [illegible]
O [illegible] — O Wypzeniu [illegible]
O [illegible] — O Wodymaniu.
O Napuchnieniu oczu. — O Sucholach.
O [illegible] — O [illegible] konka.
O [illegible] — O [illegible]
O [illegible] — O Kamieniu.
O Napuchnieniu [illegible] ciała — O [illegible]
O [illegible]

[illegible]

Falimierz egzemplarz Bibljoteki Ossolińskich. list 37 b.

OCENY.

M. Chiray et L. Pavel: *La vésicule biliaire, avec un exposé de radiologie vésiculaire* par A. Lomon. Masson et Cie. Paris, 1927. *(Pęcherzyk żółciowy, oraz wykład radiologji pęcherzyka).* Sprawozdawca: Pisek (Lwów).

Dzieło doskonale odzwierciadlające obecny stan naszej wiedzy o schorzeniach pęcherzyka żółciowego. Z wprowadzeniem do badań klinicznych sondy dwunastniczej, rozpoczął się nowy okres. Niechirurgiczny drenaż dwunastnicy odrazu zmienił zasadniczo nasze dawniejsze poglądy — ściśle odróżnimy czynności i schorzenia komórki wątroby od czynności zaburzeń wydalania żółci wzgl. od schorzeń pęcherzyka.

W słowie wstępnem, autorowie z uznaniem wspominają o współpracy Milochevitch'a i poparciu jakiego doznawali od Koryfeuszów: Roger'a, Gilberta i Chauffard'a — tak bardzo zasłużonych w dziale schorzeń wątroby.

I. W części pierwszej znajdujemy dokładny opis anatomiczny i histologiczny pęcherzyka żółciowego, oraz fizjologię tegoż. Dane anatomiczne zawierają sporo szczegółów mniej ogólnie znanych n. p. różnorakie ukształcenia i zakrzywienia szyjki i przewodu pęcherzyka (podług rysunków Hartmann'a), stosunek więzadła pęcherzowo-dwunastniczego do opuszki wzgl. do okrężnicy *(mesocolon transversum)* i możliwość powstawania zwężeń (podług Duval'a, Rom'a i Béclère'a), rozmieszczenie zadziwiająco gęstej sieci chłonnic na dolnej powierzchni wątroby i pęcherzyka żółciowego i t. d. Szczegóły histologiczne podane przeważnie podług Aschoffa obok wyników badań autorów francuskich. Omawiając fizjologią cytują autorzy mało znany wynik ankiety Nobl'a w Ameryce złożonej z 25 chirurgów i 25 internistów w sprawie znaczenia w ustroju pęcherzyka żółciowego. Z chirurgów 17 oświadczyło, że uważają pęcherzyk żółciowy, za narząd szczątkowy, 6 przyznało, że mieć on może jakieś zadanie, 2 nie oświadczyło się. Z internistów 19 było za „narządem szczątkowym" a 6 ograniczyło się do przypuszczenia jakiejś problematycznej fizjologicznej roli! Najważniejszą była kwestja: „kiedy najkorzystniej z ustroju usunąć pęcherzyk żółciowy". Mimo to autorowie wcale szczegółowo rozbierają pytanie pojemności pęcherzyka żółciowego (około 30 do 50 cm³) w stosunku do dobowej ilości żółci dochodzącej do 800—1200 cm³; zwracają też uwagę, że wydzielanie żółci nie odbywa się jednostajnie. Ciekawe rysunki objaśniają fazy skurczowe pęcherzyka, uzyskane przez autorów — drogą doświadczalną. Szczegółowo opracowana fizjologja pęcherzyka oraz zestawienie obszernej literatury wszechświatowej, zamykają część pierwszą.

II. W drugiej części mamy zebrane metody badania klinicznego, badania żółci sztucznie uzyskanej, wreszcie badania radjologiczne i cholecystografję. Opisawszy obmacywanie wątroby — wzgl. pęcherzyka — sposobem Gilberta, Chauffard'a, Mathieu'go i Glenard'a, objaśnione doskonałemi rysunkami — przedstawiają autorowie piąty sposób swój własny: ułożenie chorego na lewym boku, prawie na brzuchu; badający staje w tyle poza chorym, badając prawą, lub lewą ręką. Autorowie chętnie badają lewą ręką oparłszy palec wskazujący o łuk żebrowy, a palcem środkowym wyszukują okolicę pęcherzyka. Następnie sprawdzają wynik, badając chorego w ułożeniu na wznak. Autorowie polecają i drugi sposób własny (modyfikacja sposobu Wijnhoff'a) przyczem badany siedzi na łóżku (w poprzek, nogi spuszczone) pochylony ku przodowi, a badający z tyłu obejmuje i bada okolicę pęcherzyka żółciowego. Nie ulega wątpliwości, że sposoby badania pęcherzyka żółciowego przez obmacywanie, pozwalają stwierdzić bądź bolesny punkt pęcherzyka, bądź też guz pęcherzyka.

Drobny szczegół — ważny — o którym pamiętać trzeba: stwierdzenie czasem wyraźnie powiększonego pęcherzyka, otoczonego obwodem oporu, pochodzącego od zapalnej wypociny [1]).

Obszerny rozdział poświęcony jest próbom najnowszym, wydobytej sztucznie żółci: metodzie Meltzer-Lyon'a i Steppa. Po wyczerpującym wstępie historycznym stosowania sondy dwunastniczej i rozczynu siarczanu magnezowego, znajdujemy dokładny opis techniki, sondy Einhorna i modyfikacji tejże: wszędzie przemawia wielkie własne doświadczenie Chiraya i głównego współpracownika w tych badaniach Milochevitch'a. Z obrazów zasługuje na szczegółową uwagę radjologiczne zdjęcie sondy, fig. 37, z której wynika, że kanał odźwiernikowy ma wybitnie kierunek ku górze, ku tyłowi i ku stronie prawej i łukowato przechodzi w dwunastnicę w jej część pierwszą, następnie w drugą ku dołowi, ku przodowi i na lewo. O trudnościach, niespodziankach nieuniknionych autorowie również wspominają. Kolorowa tablica świetnie oddaje żółć A, B i C, a ponadto żółć uzyskaną z zakażonych dróg żółciowych. W dalszym ciągu omówiwszy znaczenie wyników sondowania, zwłaszcza cech rozpoznawczych żółci B i przytoczywszy bibliografję z ostatnich kilku lat, obejmującą kilkaset tytułów, przechodzą autorowie do badania radjologicznego pęcherzyka żółciowego. W próbach sięgających jeszcze r. 1899 i od r. 1814 — rozpoczęła się nowa era w lutym 1924 r. gdy Graham i Cole, opierając się na zdolności koncentracyjnej żółci, dalej na odkryciach Le Wald'a z N. Yorku, że można zwiększyć tę zdolność żółci, a przez to uwidocznić kamyki, że fenoltetrachlorftalein wydziela się w 95% z żółci wątroby, wprowadzili stosowanie soli bromowych i wypracowali metodę cholecystografji. Cholecystografja — po wprowadzeniu tetrajodu (Tetrajodfenolftalein dwusodowy) stała się w ciągu 2 lat stosowaną metodą obecnie na całej kuli ziemskiej, — zwłaszcza gdy zaczęto podawać przetwór ten w pigułkach doustnie: Po spożyciu o 6½ wieczorem posiłku, obfitującego w masło i mleko, podaje się badanemu począwszy od godziny 10 wieczór, co 5 minut dwie keratynizowane pigułki, à 30 cg tetrajodu — przy popijaniu wodą — aż do ilości 3 gramów dla osoby dorosłej o wadze 65 kg. Badanie następuje nazajutrz o godz. 10-tej rano i o 2-giej po południu. Autorowie stosowali w przeszło 200 przypadkach pigułki powleczone balsamem tolutańskim lub kazeiną. Nie przeszkadza to w razie potrzeby równoczesnemu podaniu papki borowej, celem prześwietlenia żołądka i dwunastnicy. Pamiętać wszakże trzeba, że jak z jednej strony zdrowy pęcherzyk żółciowy, łatwo staje się (przez tę metodę)

---

[1]) Nie wspominają autorowie o korzyściach badania wątroby wzgl. pęcherzyka żółciowego w kąpieli ciepłej, jak również o badaniu w ułożeniu kolankowo-łokciowem. Ostatni szczegół omawiam w opracowanym przezemnie rozdziale „choroby wątroby" w III. T. str. 201 zbiorowej „nauki o chorobach wewnętrznych" Jaworskiego. *Sprawozd.*

widzialnym, to znów pęcherzyki dotknięte sprawą zapalną (cholecystitis) albo zbyt wielkie pęcherzyki nie opróżniające się i nie wypełniające się świeżą żółcią zawierającą sól tetrajodową, tembardziej, gdy są przepełnione kamieniami, lub w niedrożności przewodu pęcherzykowego, pozostaną zamknięte dla tetrajodu. Drobiazgowo wyliczone są warunki, w których nie uzyskuje się cienia, a również szczegółowo zestawione wnioski, które wolno ustalić na podstawie uzyskanego obrazu cholecystograficznego. Mimo wszystko, jakkolwiek dotychczasowe rentgenologiczne badanie, wykrywa co najwyżej tylko w $^1/_3$ przypadków kamicy, istnienie kamyków — to pozostanie ono jednak zawsze uzupełnieniem cennem badania pęcherzyka żółciowego. Również wymownym dowodem korzyści z radjografji dotychczasowej są załączone tablice zdjęć, uzyskane tylko rentgenem, a stwierdzające np. powiększenie pęcherzyka i znów w innych w których nie widzi się pęcherzyka, jednak pośrednio z uwypuklenia opuszki dwunastniczej, można wnosić (jeżeli zniekształcenie się utrzymuje) o ucisku powiększonego pęcherzyka, dalej widzimy obrazy stwierdzające zniekształcenia i przemieszczenia opuszki wskutek zrostów i t. d., wreszcie szereg obrazów kamyków w pęcherzyku żółciowym bez stosowania tetrajodu. Ciekawe są również obrazy radjograficzne pęcherzyka, w pozycji badanego leżącej (grzbietowej lub brzusznej) i stojącej. Inny dział wizerunków obejmuje zdrowe pęcherzyki po absorpcji tetrajodu i t. d. słowem atlas kamieni pęcherzyka żółciowego; na zakończenie wyczerpująca wszechświatowa bibljografja cholecystografji.

III. Część trzecia zawiera „zespoły pęcherzykowe" a więc: 1) kolkę wątrobową; 2) biegunkę po posiłku (La diarrhée prandiale) i 3) niewydolność pęcherzyka pozapalną.

ad 1. Z naciskiem głoszą autorowie zasadę: lekarze powinni się raz już odzwyczaić od poglądu, jakoby każda kolka wątrobowa, była dowodem istniejącej kamicy . . . jednak uważać mają kolkę, jako objaw chorobowy, wspólny różnym stanom patologicznym pęcherzyka lub wątroby, domagający się szukania, jakie to schorzenie pęcherzyka wzgl. wątroby jest przyczyną tego zespołu! Na obrazach przedstawione są punkty bolesne w kolce wątrobowej: 6 punktów na przedniej powierzchni tułowia, a z nich najważniejszy punkt okręgu trzustko-żółciowego (zone pancréatico-cholédocienne) Chauffarda i Riveta[2]), mający to samo znaczenie co punkt Mc. Burneya dla Appendicitis: — a 3 z tyłu, a z nich ważne są punkty bolesne wyrostka kolczastego 8, 9, 10 i 11 kręgu piersiowego.

W opisie przypadłości towarzyszących kolce wątrobowej wspominają autorowie w gromadzie objawów sercowych, o napadach „podobnych do anginy sercowej" a w dalszym ustępie wyliczając postaci kliniczne i postać „anginową", w której ból okolicy przedsercowej, promieniuje ku lewemu barkowi i ramieniu lewemu, gdy równocześnie istnieje wybitny ból uciskowy w okolicy pęcherzyka[3]). Dość krótko przedstawiono rozpoznanie różniczkowe, obszernie za to patogenezę kolki, najważniejsze teorje kolki, a wreszcie i teorję autorów (na podstawie własnych badań doświadczalnych: kolka pochodzi ze spastycznego skurczu ś c i a n p ę c h e r z y k a żółciowego, pod wpływem układu wegetatywnego, w postaci wagotonji; nerw błędny panuje nad kurczliwością pęcherzyka. „Sen jest objawem wagotonji" — stąd też częstość napadów w porze nocnej — zwłaszcza gdy pęcherzyk jest schorzały). W leczeniu napadu dość wyczerpująco podanem, nie przypisują autorzy wartości atropinie dodawanej zazwyczaj do morfiny.

ad 2. Osobny rozdział poświęcony jest biegunce po posiłkach, poraz pierwszy opisanej w 1902 r. przez Linossier'a. Biegunka ta ściśle złączona z przyjęciem posiłku najczęściej w południowej porze — albo podczas, albo tuż po tem. Rzadziej zjawia się po kolacji. Ma ona stać w ścisłym związku z nagłem obfitem opróżnieniem się pęcherzyka żółciowego — przepełnionego żółcią, zwłaszcza gdy chory od poprzedniego wieczora do południa dnia następnego nie przyjmował pokarmu wcale, albo prawie nic. Autorzy rozróżniają również i „wrzekomą postać" tej biegunki[4]).

ad 3. Niedomoga (niewydolność) (L'insuffisance cholécystique) pęcherzyka żółciowego. Nowy ten dotąd nieopisany zespół chorobowy, jako odrębną jednostkę — wprowadzają autorowie na podstawie własnych badań wyjaśniających fizjo-patologję pęcherzyka żółciowego. Zespół ten obejmuje nie tylko brak, czy też zmniejszenie się kurczliwości, a więc i następczego opróżniania się rezerwoaru żółciowego, lecz również i zbiór zaburzeń w trawieniu, wskutek tej niewydolności. Opisawszy następstwa po wycięciu pęcherzyka, niewydolność pęcherzyka, występującą w następstwie jego schorzeń — pomiędzy innemi nie wykluczają możliwości jawienia się i zawrotów na kształt vertigo a stomacho laeso.

IV. Część czwartą, najobszerniejszą, bo przeszło połowę dzieła poświęcono kamicy żółciowej, właściwie „zapaleniu pęcherzyka z wytworzeniem kamienia", a więc: cholecystitis calculosa i cholecystitis non calculosa. Piękne wielobarwne i czarne obrazy kamyków i piasku i t. d. uzupełniają treść. Na uwagę zasługuje obraz (podług Chauffard'a i Devé'go) przypadku kamyków śródściennych. Drobnowidowe zmiany przekrojów ściany pęcherzyka objaśnione rysunkami z własnych preparatów lub też innych autorów — doskonale uzupełniają anatomję patologiczną. Przedstawiwszy kolejno wszystkie najważniejsze teorje powstawania kamyków (Aschoffa i Bacmeister'a, Barg'a nieżytu kamieniorodnego, Chauffard'a, Guy-Laroche'a i Grigaut'a, Gosset'a, Loewi'ego i Magran'a, Boyssen'a, Rowsing'a i i.) — nie pominąwszy oczywista Naunyn'a i prac doświadczalnych Miyake'go, Schade'go („tropfige Entmischung") — przechodzą autorowie do systematologji i postaci klinicznych. Mówiąc o utajonej kamicy sądzą, że możnaby nazwać kamicę żółciową *„schorzeniem bez objawów, a mającem jedynie powikłania"!* Szczegóły rozpoznawcze, ocena badania dodatkowego: sondowanie Meltzer-Lyon'a, badanie radjologiczne, cholecystografja, treściwie przedstawione; również i wszystkie powikłania, pomiędzy innemi pyo-pneumocholecystitis, pancholecystitis, hydrops vesicae intermittens — objaśnione rysunkami makro i mikroskopowemi. Opisy ropnych zapaleń dróg żółciowych z powodu kamicy, przewlocznego zapalenia trzustki — występującego conajmniej w 28% schorzeń pęcherzyka i przewodów żółciowych[5]). Groźne powikłanie: ostre zapalenia trzustki, czyli jak je nazwał Dieulafoy: „d r a m a t trzustkowy", przetoki żółciowe, niedrożność jelit, wskutek uwięźnięcia kamyków, marskość kamiczą przedstawiają autorowie wyczerpująco. L e c z e n i e poza napadem kolki obejmuje: 1) leczenie dietetyczne (sprawa zawartości cholesteryny w pokarmach; zalecają 2'50 g pożywienia mięsnego na 1 kg wagi chorego); 2) leczenie zdrojowe nie dające w żadnej innej chorobie tak wybitnych wyników, jak w żółciowej kamicy Vichy, Karlsbad (Karlovy Vary) i Monte Catini we Włoszech; po leczeniu (w Vichy) zalecają autorowie pobyt w uzdrowisku klimatycznem — *przestrzegają jednak przed pobytem nad morzem* — Rzecz całą uzupełniają przepisami higienicznemi i fizjoterapeutycznemi.

3) Leczenie apteczne kamicy żółciowej. Autorowie zaznaczywszy bezskuteczność kropel terpentynowo - eterowych Durante'a, wspomniawszy poglądy Schad'ego o możliwości rozpuszczania pewnych kamyków (utworzonych z krystaloidów, a nie zawierających koloidów — z pewnemi wyjątkami), przedstawiają rzecz o lekach żółciopędnych i żółciotwórczych (Cholagoga et choleretica). W miejsce oliwy czystej (ol. oliv.) podawanej w dawkach wzrastających od 50 cm³, codzień o 25 cm³, aż do 200 cm³ z następową przerwą dziesięciodniową, lub też w miejsce oliwy mrożonej — można czasem podawać po 0'50 kwasu oleinowego. Rozczyn siarkanu magnowego 33% per os wydaje się autorom stosowniejszym niż podanie przez sondę dwunastniczą, to samo 5—10% rozczynu peptonu Witte drogą wprost przez dwunastnicę można zastąpić podawaniem 2—3 g peptonu w małej ilości wody na czczo i w $^1/_2$ godz. w południe przed obiadem, lub też podług Ramond'a i Borcesco: Sulf magnes. sicc. 5 g. Pepton Witte 2 g, Plvs. Liquir. 1 g, codzień rano na czczo w $^1/_2$ szklance wody Vichy[6]). Z kolei omówiono leczenie mlekiem, atophan'em, solami żółciowemi (ich zawartość cholesteryny jest minimalna) i żółcią wołową. W przypadkach niewydolności wątroby, żółtaczki, z powodu niedrożności przewodów, zwłaszcza przy świądzie — leczenie solami uważają autorowie za przeciwwskazane. Salicylan razem z będźwinianem sodu (20+10 na 30 proszków podług Chauffard'a) 2—3 razy dziennie proszek w wodzie alkalicznej przez 10—15 dni w ciągu miesiąca, kalomel, glicerynę, „oliwę Harlemską" (2—3 kropel na czczo w mleku lub podczas posiłku) uważają autorowie za skuteczne choleretica. Liście z Boldo (napar z 2 g na noc), podophyllin'a, evony-

---

[2]) Kąt prosty utworzony przez prostopadłą od wyrostka mieczykowatego do pępka i poziomą od grzebienia kości biodrowej prawej do pępka. Miejsce położone pomiędzy pionową a linją połowiącą ten kąt prosty, odpowiada okręgowi Chauffarda-Riveta.

[3]) Daleko dokładniej omawiano tę sprawę w piśmiennictwie polskiem przed kilku laty (w P. G. L.). *Sprawozd.*

[4]) Zdaje się wszakże wobec dość różnorakich biegunek „po posiłkach", że postać Linossier'a budzi może pewne wątpliwości jako odrębna jednostka chorobowa.

[5]) Kehr stwierdził schorzenie trzustki w 31% przypadków operowanych z powodu schorzeń pęcherzyka żółciowego; Mayo-Robson w 80% znalazł stwardnienie trzustki (Pancreatitis sclerosa) towarzyszące kamicy; Körte jednak tylko w 2'3%. Różnice te tłumaczą się wielką nieraz trudnością rozpoznawania schorzeń trzustki podczas zabiegu operacyjnego.

[6]) W razie biegunki, lub gdy się obawiamy, że wystąpi biegunka, należy zmniejszyć dawkę magnezji do 2 g. Dla przechowania proszków czas dłuższy, dla ochrony przed zawilgoceniem dodać 5 g suchego i wymytego Kaolinu.

min'a, Combretum, menthol, dwuwęglan sodu, wreszcie wody Vichy Grande-Grille omawiane są krytycznie. Korzystnie wyrażają się o leczeniu odkażającem w szczególności o urotropinie 2—3 g na 24 godzin, wzgl. o jej stosowaniu dożylnem. Wzmianką historyczną o „bézoard"ach, wołowych, kozich, wieprzowych, małpich i t. d. — a więc kamykach żółciowych niektórych zwierząt — stosowanych jako lek, wzwl. amulet, w przeróżnych postaciach — kończy się ten rozdział.

Nader starannie przedstawione jest leczenie niestrawności żółciowej, dalej postaci bolesnej (kamicy) sklerotyczno-zanikowej (sclero-atrophique); w tej postaci leczenie zdrojowe wymaga wielkiej ostrożności ze względu na możliwe zaostrzenie się sprawy; doszczętne leczenie daje jedynie usunięcie pęcherzyka — rozstrzyga pogarszająca się „stała Ambarda" — gdzie tracenie czasu jest rzeczą niebezpieczną, zwłaszcza gdy i nerki są zajęte. Również wyczerpująco podane jest leczenie ropnego zapalenia pęcherzyka żółc. i dróg żółciowych w kamicy i wskazań do zabiegów chirurgicznych — pod pewnemi warunkami wyczekiwanie może być dla chorego nieraz zabójcze, gdyż pogarsza rokowanie. „Nie mniej niż miesiąc i nie dłużej niż 3 miesiące" radzi Chauffard. Zabieg obejmuje usunięcie pęcherzyka żółc. i nacięcie przewodu wspólnego z następowem sączkowaniem przewodu wątrobowego. Nie zaprzeczają autorowie, że czasem za parę miesięcy po operacji zjawić się mogą nawroty kolki — stąd też leczenie następowe dietetyczne i zdrojowe u operowanych ma pierwszorzędną wartość.

Całość tego rozdziału uzupełnia zestawienie piśmiennictwa obejmującego: historję kamicy, etjologię, anatomię patologiczna, patogenezę, klinikę i rozpoznanie, ropienia pęcherzyka i dróg żółciowych, puchlinę pęcherzyka, kamicę przewodu wspólnego, zapaleń trzustki, przetok żółciowych i uwięźnięć żółciowych, marskości w kamicy, powikłań rzadkich, wreszcie i leczenia; zestawienie piśmiennictwa wprost imponujące.

W drugiej połowie tej czwartej części znajdujemy rzecz o zapaleniach pęcherzyka żółciowego — przy braku kamyków. (Cholecystites non lithiasiques), a więc zapalenia o s t r e w przebiegu posocznic, duru brzusznego i paratyfusu, rzecz o nośnikach laseczników duru; osobny ustęp poświęcają autorowie *przewlocznemu zapaleniu pęcherzyka żółc. przy braku kamyków* — więc sprawie mało lekarzom znanej, podobnej zresztą do zapalenia wyrostka robaczkowego. Postać tę opisał pierwszy w r. 1883 Keen, później w r. 1896 Longuet; rzecz poszła w zapomnienie we Francji, natomiast w Niemczech (Riedel i Kehr) w Ameryce, (Einhorn, w ostatnich czasach Vincent Lyon) z wprowadzeniem sondy dwunastniczej, pojawia się szereg prac. Częstość tego schorzenia waha się od 6% do 47% u różnych autorów; zakażenie odbywa się drogą krwi z wątroby w kierunku do pęcherzyka żółciowego. Powtarzanie się zakażenia czy też reinfekcję objaśnia „hipoteza błędnych kół", którą przed dwu laty ogłosił Amerykanin Vincent Lyon [7]). Omówiwszy objawy i rozpoznanie, przechodzą autorowie do szczegółowego leczenia: 2—3 kapsułek pro die przez 10—15 dni oleju „Haarlem", urotropinę, woda Vichy ew. wodę Vittel; w przypadkach uporczywych „drenaż dwunastnicowy niechirurgiczny" bądź przerywany, bądź też skrócony, stały („drainage subcontinu"); czasem korzystne są szczepionki (autovaccinotherapia anticolibacill.), z żółci chorego. Wyniki lecznicze są „frapujące". Mimo to, jeżeli po kilku miesiącach leczenie nie odniosło skutku — zabieg chirurgiczny (cholecystectomia) jest wskazaną — nieraz z dodatkiem znów drenażu dwunastnicy.

Osobny opis poświęcono postaci zapalenia pęcherzyka żółciowego „pęcherzykowi poziomkowemu" (La vésicule fraise M. Carty) tak nazywanemu z powodu podobieństwa śluzówki w tej chorobie do grudek poziomki. Ciekawa ta postać objaśniona licznemi wizerunkami makro- i mikroskopowemi — przecież pojawia się w 18%! jako schorzenie pęcherzyka żółciowego z wybitnemi napadami kolki w ciągu kilku tygodni, wśród gorączki. Zazwyczaj brak kamyków, czasem jednak stwierdzono i tu kamicę. Żółtaczka nie retencyjna, mimo usunięcia pęcherzyka drogą operacyjną, nie ustępuje tak rychło. Rozpoznanie napotyka na ogromne trudności.

Trzeci rozdział obejmuje zastoiny pęcherzykowe pochodzenia mechanicznego, pericholecystitis plastica, periduodenitis biliaris et typhocholecystitis [8]), wreszce zastoiny mechaniczne niezależne od zapaleń kołopęcherzykowych.

Dużo tu rzeczy nowych w przedmiocie „zapaleń otrzewny podwątrobowych, pochodzenia pęcherzykowego", objaśnionych znakomitemi obrazami. Ciekawe są szczegóły kliniczne, zwłaszcza przypadłości nerwowe. Krótko rozprawiają się autorowie ze skrętem (Volvulus) p. ż., obszerniej znów omawiają zastoiny pochodzenia czynnościowego (cholecystotonia i stany hipotoniczne). Sondowanie dwunastnicy ułatwia rozpoznanie, stwierdzając brak kurczliwości pęcherzyka żółciowego. Leczenie stanów atonicznych polega na powtarzanym drenażu dwunastnicy. O żółciowem zapaleniu otrzewny (peritonitis biliaris sine perforatione) — sprawie ostrej przypominającej objawami przedziurawienie trzew — przebiegającej gwałtownie z nagromadzeniem się żółci lub też płynu surowiczo-żółciowego w jamie brzusznej w znacznej ilości — znajdujemy wyczerpujący obraz. Rak wątroby, pasorzyty (Lambliasis, Amibiasis, Ascaridosis, taenia) uzupełniają całość części czwartej.

V. W ostatniej piątej części znajdujemy doskonale przedstawiony drenaż żółciowy, a więc technikę, wskazania, wyniki, a wreszcie chirurgię pęcherzyka żółciowego, ze stanowiska internisty: ścisłe wskazania, oraz wybór zabiegu, zaburzenia następowe po cholecystektomji. Ten rozdział — acz szczupły — zawiera wręcz znakomite wskazówki dla niechirurga mającego rozstrzygnąć o losie chorego.

Jakkolwiek pożądanym byłby może bardziej przejrzysty układ, systematyczniejsze przedstawienie działów terapeutycznych — to jednak dzieło całe, śmiało uważać można, jako pracę klasyczną co do kliniki i anatomji patologicznej pęcherzyka żółciowego. Zestawienie olbrzymiego piśmiennictwa wszechświatowego przedmiotu, wzbudza podziw benedyktyńskiej pracy autorów. Szata zewnętrzna wykwintna, ilustracje artystyczne przynoszą zaszczyt firmie Massona i Sp.

[7]) Obszerne sprawozdanie z pracy Lyona (w Journal of American med. Assoc.) o tych 3 błędnych kołach w jamie brzusznej, podałem przed 2 laty w P. G. L. *Sprawozdawca.*

[8]) Zespół objawów zapalenia kołopęcherzykowego wraz z zaburzeniami jelita ślepego i wyrostka robaczkowego.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski przegląd chirurgiczny, tom VII, zesz. 1 z r 1928: J. J a s i e ń s k i: W sprawie gruźliczego pochodzenia samoistnych wodniaków jądra. — W. O s t r o w s k i: Doraźne zaszywanie powłok w leczeniu operacyjnem przewlekłego zapalenia szpiku kostnego. — W. O s t r o w s k i: W sprawie plastyki pooperacyjnych braków w kościach czaszki. — T. W i ś n i e w s k i: O nadwichnieniu główki kości promieniowej. — K. G ó r s k i: O surowiczej (jednokomórkowej) torbieli nerki. — J. Z a o r s k i: Skręt esicy na tle wady rozwojowej. — A. M e i s s n e r: Wyniki dalszych badań nad umocowaniem dostawki w bezzębnej jamie ustnej zapomocą chirurgicznego zabiegu. — A. M e i s s n e r: W sprawie operowania torbieli szczękowych z uwzględnieniem własnego sposobu postępowania. — M. L a t k o w s k i: Szew ścięgnowy. — E. W a y g i e l: Opatrunek gipsowy z równoczesnem wyciągiem kończyny dolnej. — E. W a y g i e l: Zatyczka do igieł punkcyjnych. — A. J a n i k: Stan obecny chirurgji przełyku.

Polski Czerwony Krzyż, rok VIII, nr. 3—4, z r. 1928: B. Z a k l i ń s k i: Nowe zadania czerwonego Krzyża. — J. B a b e c k i: Higjena mieszkań a polityka mieszkaniowa. — L. S t a f f: Biała milicja. — M. Ż m u d z k a: Sztuka pielęgniarstwa. — Z. W o ł ł o w i c z o w a: Powstanie Kół młodzieży czerwonego Krzyża. — M. S. K o s s a k o w s k i: Ze wspomnień z r. 1925. — B. Z a k l i ń s k i: Sprawozdanie z Konferencji Komisji międzynarodowej ekspertów dla obrony ludności cywilnej przed wojną chemiczną. Bruksela 16—19 stycznia 1928 r.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV,z. 14—15, z 8 kwietnia 1928 r.: W. J. S t r a ż e w i c z: Wyniki hodowli mięty pieprzowej w ogrodzie roślin lekarskich Uniw. S. B. w Wilnie. — Nowe leki. Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Medycyna, rok II, nr. 14 z 7 kwietnia 1928 r.: T. B a r t o s z e k: Kapilaroskopja w różniczkowaniu ostrych wysypkowych chorób zakaźnych (dok.). — T. K a s z u b s k i: Przypadek ostrego zapalenia otrzewnej powstałego wskutek zakażenia drogą krwionośną. — F. H ł a s k o: Przypadek śmierci wskutek idjosynkrazji od zażycia 0.3 chininy. — J. K u r c z y ń s k i: Udział Polski w medycynie europejskiej.

Wiadomości lekarskie, rok I, nr. 1 za kwiecień 1928: Od redakcji. — A. S a b a t o w s k i: W sprawie chorób zawodowych. — S e i d l e r i W e i n s a f t: Przypadek krwawienia z ciałka żółtego. M e d y ń s k i: O pracy zawodowej osobników niedorozwiniętych i psychopatycznych. — E. W e i s z: O obuwiu dla cierpiących na nogi. — E l s t e r o w a i F l e c k: Uwagi o pobieraniu i przesyłaniu materjału do badań laboratoryjnych. — Streszczenia z obcych czasopism. — Wiadomości farmaceutyczne. — D a n i e l s k i: Zadania nowoczesnej Kasy chorych w społecznej walce z gruźlicą. — G. C h o m i c k i: Projekt ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — Wiadomości ubezpieczeniowe. — Wiadomości z Kas chorych.

Polska dentystyka, rok VI, nr. 2 za marzec-kwiecień 1928 r.: C z e r n e c k i: W sprawie pracy pod tytułem „Licówka krzemia-

nowa". — Cieszyński: Czy należy stworzyć pryw. szkołę dentystyczną w Wilnie? — Cieszyński: Stosunek liczbowy lekarzy-dentystów do lekarzy w Polsce w r. 1927.

Trzeźwość, r. 1928, nr. 3: T. Sinko: Czciciele Bakchusa. — J. Jaworski: Wpływ alkoholu na matkę, na płód i przyszły rozwój dziecka. — St. Deresz: Stacja ratunkowa dla osób zatrutych alkoholem. — Nekrolog ś. p. Zenona Lewandowskiego. — Wł. Chodecki: Alkohol i małżeństwo. — J. Szymański: Przed świętami. — J. Chojnacka: Ośrodki zdrowia jako czynnik walki z alkoholizmem. — B. Głuchowski: Jak powstało Kółko abstynenckie w szkole powsz.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego, rok IV, zeszyt 1, za styczeń - luty 1928 r.: Nekrolog ś. p. Dra Jana Napoleona Michniewicza. — S. Trzebiński: Dr. B. Hłasko (wspomnienie pośmiertne). — S. Trzebiński: Projekt różnych instytucyj naukowych i lekarsko-administracyjnych w Warszawie z drugiej połowy XVIII w. — A. Łapiński: Znaczenie próby siarkowodorowej w rozpoznawaniu laseczek grupy „Typhus-Coli". — S. Mahrburg: Przypadek ostrej martwicy trzustki.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 6, z 31 marca 1928 r.: B. Karbowski: Kiła wrodzona spóźniona ucha wewnętrznego w świetle nowych badań (dok.). — H. Adelfang: O leczeniu wrzodu trawiennego żoładka i dwunastnicy promieniami Roentgena. — J. Itelson: Ocena kliniczna odczynu Wassermanna. — M. Feigin: Fizjologja i patologja oddychania w świetle nowszych badań fizyczno-chemicznych (streszcz. zbior.). — A. Krasucki: O nowych środkach zastępujacych morfinę i kokainę (Dilaudit-Parakodina-Dikodid) (dok.). — M. Kacprzak: Nowe prądy w nauczaniu higjeny. — W. Knappe: Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, zeszyt 6 z r. 1928: A. Karwowski: Rozłam czy zjednoczenie? — D. Hellin: Uwagi do artykułu prof. Jonschera „O etyce lekarskiej". — B. Bartkiewicz: Przyszłość stanu lekarskiego.

Dziecko i matka, rok III, nr. 7. z r. 1928: E. Szelburg: Czy umiemy kochać nasze dzieci? — Z. Żukiewiczowa: Książka obrazkowa. — J. Mortkowiczowa: Leczenie klimatyczne i zdrojowe. — T. Cybulski: Lekarz i matka. — A. Nowiński: Z wydawnictw. — Obiady dla dzieci.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 10.

Dr. Kurt Boshamer (Jena): *Badania nad wpływem narkozy eterowej na czynność wątroby*. Każda narkoza eterowa wywołuje lekkie uszkodzenie wątroby. Uszkodzenie takie staje się tem wyraźniejsze o ile wątroba była już uprzednio schorzała. Ukryte schorzenia wątroby spotyka się przy sprawach zapalnych woreczka żółciowego, nadużyciu alkoholu, przy przewlekłym nieżycie trzustki, raku i w przewlekłych ropieniach. Autor wskazuje głównie na możliwość sumowania się szkodliwych wpływów na wątrobę, z których narkoza eterowa bardzo się przyczynia do zmian w miąższu.

H. Regelsberger: *CO_2 pęcherzykowe w napadzie padaczkowym*. Z badań autora wynika, że zawartość dwutlenku węgla w pęcherzykach płucnych w napadzie padaczki jest niższą aniżeli normalnie. Autor potwierdza doświadczenia Förstera, polegające na tem, że w drodze sztucznej hiperwentylacji płuc można bardzo często wywołać napad padaczkowy.

Nr. 11.

Prof. B. Zondek: *Wykazanie hormonu płciowego w moczu kobiet ciężarnych*. Fazy wykazania hormonu w moczu są następujące:

1) Wykonanie wyciągu z moczu oczyszczonego za pomocą środka rozpuszczającego lipoidy, ażeby usunąć mocznik (nie używać alkoholu).

2) Poddanie pozostałości działaniu zasad w podwyższonej ciepłocie.

3) Rozpuszczenie we wodzie i wytrząśnięcie eterem.

4) Pozostałość eterowa zalać wodą przekroploną lub rozc. kw. octowym i przesączyć.

2 ostatnie etapy można dla ścisłości powtórzyć. Przesącz zawiera hormon, który można zagęścić.

Nr. 12.

Lichtenstein: *Leczenie kurczów przepony*. Autor porównywa napad dychawicy oskrzelowej z ciężką chorobą nieraz spotykaną po grypie, niekiedy zaś bez zrozumiałych przyczyn. Podobnie jak tam można opanować napad, znieczulając błonę śluzową nosa, tak tutaj według autora zasługuje na wyróżnienie sposób, którym od dawna się posługuje z wynikiem bardzo dobrym. Na czkawkę zaleca tamponiki nosowe zwilżone w płynie:

Rp. Cocaini hydrochl.
Suprarenini sol. (‰) aa 1,0.
Acidi carb liqu. gtt. I.
Aq. distill ad 50,0.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Lwów.

VI. Zjazd Higjenistów Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 7 i 8 lipca b. r. Główne tematy obrad zjazdowych obejmą: I. Uzdrowotnienie małych miast i wsi (zaopatrzenie w wodę, usuwanie nieczystości i t. p.). Referaty objęli:

1) Gen. inż. Kątkowski: Zaopatrzenie w wodę, kanalizacja i inne sposoby usuwania nieczystości z małych miast i wsi. 2) Prof. Dr. Steusing: Zaopatrzenie w wodę i usuwanie nieczystości na wsi oraz normalizacja tych urządzeń. 3) Inż. Rapczewski: Bruki i plantacje w małych miastach. — II. Organizacja szpitalnictwa w Polsce. — Referaty objęli: Z Wydziału zakładów leczniczych i uzdrowisk Dep. san. Min. spraw wewn. Dr. Przywieczerski, arch. Rakiewicz i radca min. Sikorski. Rys historyczny szpitalnictwa w Polsce w ubiegłem stuleciu, ze szczególnem uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego. 2) Insp. san. szpitali w Małopolsce Dr. Lipski: Rys historyczny rozwoju ustawodawstwa szpitalnego w Małopolsce i wnioski co do wskazań w obecnem ustawodawstwie szpitalnem. 3) Prof. Dr. Gantkowski: Organizacja szpitalnictwa w Wielkopolsce. 4) Dr. Przywieczerski, arch. Rakiewicz i radca min. Sikorski: Stan obecny i najpilnieisze potrzeby szpitalnictwa polskiego. — Szczegółowy program Zjazdu, obejmujacy także projektowane wycieczki po zdrojowiskach i uzdrowiskach Wschodniej Małopolski, zostanie ogłoszony w czasie najbliższym, oraz zawiadomienia osobiste.

Adres Komitetu organizacyjnego VI. Zjazdu Higjenistów Polskich: Lwów, ul. Piekarska l. 52.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. Tymczasowy Zarząd Powiatowy w Grybowie ogłasza Konkurs na stanowisko lekarza okręgowego: 1) w Bobowej (do okręgu należy 19 gmin), 2) w Ciężkowicach (do okręgu należy 16 gmin), 3) w Grybowie (do okręgu należy 19 gmin), 4) w Florynce (do okręgu należy 18 gmin) z ewentualną siedzibą w Grybowie. Uposażenie zależne od ilości lat służby na stanowisku lekarza okręgowego według § XII do X kategorji płac funkcjonarjuszy państwowych. Ubiegający się o powyższe stanowiska winni posiadać następujące warunki: 1) Obywatelstwo polskie. 2) Nieskazitelny charakter. 3) Znajomość języka polskiego w słowie i piśmie. 4) Dyplom doktora medycyny, upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem. 5) Dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim. 6) Nieprzekroczony 40 rok życia. Tak udokumentowane podania należy wnosić do Tymczasowego Zarządu Powiatowego w Grybowie do dnia 1-go maja 1928 r.

Wolne posady lekarskie. Wareż pow. Sokal do objęcia natychmiast posada lekarza okręgowego i lekarza powiatowej Kasy Chorych. Praktyka prywatna pewna.

Zmarli:

W dniu 17 kwietnia b. r. umarł w Pradze ś. p. profesor Dr. Paweł Kučera, były długoletni profesor higjeny Uniwersytetu J. K. we Lwowie, prof. Uniwersytetu Massaryka w Brnie, Naczelny Dyrektor Państwowego Zakładu zdrowia publicznego Rzeczypospolitej Czecho-słowackiej. Mąż wielkiej wiedzy poświęcał się głównie badaniom w dziedzinie bakterjologji i na tem polu zasłużył się wielce nauce.

Zanim ogłosimy obszerniejszy nekrolog o zasługach ś. p. Zmarłego wyrażamy na razie w tej formie Cześć Jego pamięci!

Redakcja otrzymała:

M. Labbé et F. Nepveux: „Acidose et alcalose". Physiologie, pathologie, thérapeutique. Masson et Cie. Paris. 1928.

KONKURS

W myśl rozporządzenia Tymcz. Wydziału Samorządowego w likwidacji we Lwowie z dnia 3 kwietnia 1928, LW.: 13870/IV ogłaszam konkurs na stanowisko prymarjusza — kierownika pracowni roentgenologicznej Szpitala powszechnego we Lwowie.

Do stanowiska tego przywiązany jest VII (siódmy) stopień służbowy szczebel „a" zgodnie z postanowieniami ustawy z 9. X. 1923 (Dz. U. R. P. Nr. 31, poz. 924) o uposażeniu funkcjonarjuszy państwowych.

Poza godzinami urzędowemi dozwolona jest prywatna praktyka lekarska.

Kandydat ubiegający się o to stanowisko winien wykazać:

1) że jest obywatelem polskim,

2) że posiada dyplom doktora medycyny uprawniający do odbywania praktyki lekarskiej w Polsce,

3) że nie przekroczył 40 roku życia,

4) że posiada nieposzlakowaną przeszłość (świadectwo moralności) pod względem etycznym i politycznym (dołączyć curriculum vitae),

5) że posiada wszechstronne wykształcenie lekarskie tak teoretyczne, jakoteż praktyczne ze szczególnem uwzględnieniem wymogów specjalnych studjów względnie praktyki i prac naukowych w dziale roentgenologji,

6) że posiada fizyczną zdolność do wykonywania zawodu i dobry zupełnie stan zdrowia, stwierdzony świadectwem lekarza urzędowego,

7) stanowisko powyższe nadane zostanie na razie na okres 1 jednego) roku **prowizorycznie** z tem, że mianowanie etatowym prymarjuszem będzie mogło mieć miejsce najwcześniej po roku zadowalającej pracy kandydata.

Kompetenci pozostający obecnie w służbie państwowej obowiązani są wnieść podanie za pośrednictwem swej władzy przełożonej.

8) Podania kompetencyjne należycie udokumentowane należy wraz z załącznikami wnosić w nieprzekraczalnym terminie do 30 maja b. r. po odpowiedniem ich ostemplowaniu do Dyrekcji Szpitala Powszechnego we Lwowie.

We Lwowie, dnia 10 kwietnia 1928 r.

Dyrektor szpitala:
Dr. Pohorecki, w. r.

L. 1307/928. 19. IV. 1928.

Powiatowa Kasa Chorych w Jarosławiu ogłasza

KONKURS

na stanowisko lekarza kasowego.

Oferty z dokumentami nadsyłać należy do Zarządu Pow. Kasy Chorych w Jarosławiu w terminie do dnia 20 maja b. r.

Wymagane jest:

1) Obywatelstwo polskie.

2) Prawo praktyki lekarskiej, przyznane przez Władze Państwowe Polskie.

3) Conajmniej 2-letnia praktyka szpitalna lub 3-letnia praktyka lekarska.

4) Pożądanem jest obznajomienie z położnictwem.

Do stanowiska lekarza kasowego przywiązana jest płaca VIII stopnia uposażeń urzędników państw. z dodatkami, oraz osobne należytości za wizyty domowe, wyjazdy, zabiegi i t. p.

Dyrektor: (—) *Z. Laszczyk*

Przewodniczący: (—) *W. Brzozowski*

L. 2150/928. 17. IV. 1928.

KONKURS

Okręgowy Związek Kas Chorych w Warszawie ogłasza konkurs na stanowisko lekarza - okulisty z siedzibą w Siedlcach. Do obowiązków okulisty będzie należało przyjmowanie chorych na oczy w przychodniach kasowych w Siedlcach, Węgrowie, Sokołowie, Międzyrzeczu, Łukowie, Białej Podlaskiej i Łosicach. Warunki do omówienia.

Oferty należy składać do dnia 1 czerwca 1928 r. w Okręgowym Związku Kas Chorych w Warszawie, ul. Złota 30.

NADESŁANE

Magistrat miasta Wyszkowa ogłasza

KONKURS

na stanowisko miejskiego lekarza sanitarnego i szkolnego w mieście Wyszkowie z prawem wolnej praktyki.

Do stanowiska tego przywiązane są pobory według VIII-ej grupy płac pracowników państwowych.

Od kandydata wymagane są następujące dokumenty względnie uwierzytelnione odpisy.

1) Dowód ukończenia wyższych studjów lekarskich.
2) zezwolenie na prawo praktyki lekarskiej,
3) dowody znajomości służby sanitarnej,
4) dowód obywatelstwa Państwa Polskiego,
5) świadectwo z poprzedniej praktyki lekarskiej,
6) własnoręcznie napisany życiorys.

Termin składania ofert upływa z dniem 10 maja 1928 r.
Posada do objęcia zaraz.
Nieuwzględnione oferty pozostają bez odpowiedzi.

Sekretarz Magistratu: *Żeromski*

Burmistrz m. Wyszkowa: *Pawłowski*

SPROSTOWANIE

W Nr. 15 Polskiej Gazety Lekarskiej z dnia 8 kwietnia r. b., Magistrat m. Wyszkowa na zasadzie uchwały Rady miejskiej z dnia 26 marca 1928 r. ogłosił konkurs na stanowisko miejskiego lekarza sanitarnego i szkolnego. Ze zdziwieniem przeczytaliśmy, że tuż pod powyższem ogłoszeniem umieszczone zostało ostrzeżenie treści następującej:

„Ordynujący lekarze w Wyszkowie nad Bugiem, powiatu Pułtuskiego, w liczbie trzech, ostrzegają każdego z kolegów przed objęciem posady lekarza miejskiego w tymże mieście. Konkurs ze strony tutejszego Magistratu na posade lekarza miejskiego został ogłoszony na skutek nieporozumienia z tutejszymi lekarzami".

W imię prawdy Rada miejska postanowiła na posiedzeniu w dniu 17 kwietnia r. b., poczynić sprostowanie w tej sprawie: b. lekarz miejski Dr. Strawiński wniósł podanie do Rady miejskiej w dniu 28. X. 1927 r. o podwyższenie mu poborów, na co odpowiedziano odmownie, motywując odpowiednio swą odmowę w obecności tegoż Dr. Strawińskiego; postanawiając jednogłośnie rozwiązanie umowy i zaangażowanie innego lekarza. Dr. Lajcher do którego zwrócono się z propozycją objęcia tego stanowiska odmówił listem z dnia 2. I. 1928 r., twierdząc, że solidarność koleżeńska nie pozwala mu na to. Do trzeciego wolnopraktykującego lekarza Dr. Siarkiewicza, nie zwracano się z powodu słabego stanu jego zdrowia.

Z powyższego wynika, iż nieporozumienia jak piszą w swem ostrzeżeniu ordynujący w Wyszkowie pp. lekarze — niema, chodzi chyba tylko o stronę materjalną.

PP. Lekarze życzący sobie objąć stanowisko lekarza miejskiego ogłoszone przez konkurs, mogą zapoznać się dokładnie z całokształtem sprawy na miejscu.

M. Wyszków, dnia 18 kwietnia 1928 r.

Przewodniczący Magistratu:
Burmistrz: *Pawłowski.*